

# Omsorgsforpliktelser og yrkesdeltakelse

*Er kvinner og menn mer tilbøyelige til å trekke seg ut av  
eller redusere sin yrkesdeltakelse når partner er syk?*

Erika Maria Wollner



Masteroppgave i sosiologi  
ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

UNIVERSITETET I OSLO

2. november 2015





# Omsorgsforpliktelser og yrkesdeltakelse

Er kvinner og menn mer tilbøyelige til å trekke seg ut av eller redusere sin yrkesdeltakelse når partner er syk?

© Erika Maria Wollner

2015

Omsorgsforpliktelser og yrkesdeltakelse. Er kvinner og menn mer tilbøyelige til å trekke seg ut av eller redusere sin yrkesdeltakelse når partner er syk?

Erika Maria Wollner

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: NetPrint - Oslo

# Sammendrag

I denne oppgaven undersøker jeg sammenhenger mellom omsorg for partner og yrkesdeltakelse blant samboende kvinner og menn i alderen 25 og 66 år. Mer spesifikt kan spørsmålsstillingen knyttes til om det er en sammenheng mellom å bo med en syk partner og sannsynligheten for å være i arbeid på den ene siden, og tiden brukt på arbeid på den andre. I og med at omsorg ofte knyttes til kvinnen, er eventuelle kjønnsulikheter også av interesse.

Tidligere forskning på omsorg fokuserer i stor grad på formell og uformell omsorg for barn, og gjerne fra mor. Som et resultat av "eldrebølgen" har også omsorg for eldre foreldre blitt tatt opp til diskusjon, ofte knyttet til voksne barn som omsorgsgivere. Det er imidlertid ikke kun barn og eldre som har behov for omsorg. Personen man bor i lag med og deler livet med er også den man deler ansvar med og tar beslutninger sammen med. Ettersom det er overraskende lite forskning på dette feltet, blir denne oppgaven i et større perspektiv slik et bidrag til forskningen på et felt som liksom faller litt imellom de øvrige ansvarsområdene innen omsorgsforskningen generelt, og løfter fram et lite belyst tema som likevel kan få store konsekvenser for den enkelte som rammes.

Det er tre hovedtendenser innen teori som fatter min interesse for å forstå dette feltet. Den første er at den stadig ekspanderende velferdsstaten i Norge viser en utvikling i retning av økt fokus mot omsorgstrengende. Dette bidraget kan samtidig være med på å tilsløre grensen mellom hva som tilhører det offentlige ansvar og hva som forventes av familien. Samspillet mellom formell og uformell omsorg virker nært inn på sammenhengen mellom individuelle behov og det kollektive ansvaret. Teorien om substitusjon predikerer at utfallet av høy tilgjengelighet av offentlige omsorgstjenester enten bidrar til lavere sannsynlighet for at omsorg gitt av familie opprettholdes i like stor grad, at den altså substitueres. Eller at de offentlige tjenestene kun kommer i tillegg til familieomsorgen heller enn å erstatte den, og bærer trekk av en mer komplementær karakter. Det andre bidraget er knyttet til rollene vi omgir oss med i hverdagen som vi søker å innfri forventningene til. Teorien om rollekonflikt indikerer at i tilfeller der det stilles flere krav til rollene enn hva en person faktisk greier å fylle, kan det oppstå en konflikt der løsningen kan være å nedprioritere en eller flere av rollene. Det tredje bidraget retter seg mot ulike forventninger ikke bare knyttet til roller

generelt, men også til kjønn mer spesifikt. Teorier om tradisjonelle kjønnsroller inkluderes og sosiale kjønnsnormer og forventninger belyses.

Omsorg for partner faller litt mellom to stoler, ettersom der ikke eksisterer noen klare grenser for hvem som skal ta hovedansvaret for nettopp den typen omsorg. Forskningen er uenig om samspillet mellom formell og uformell omsorg i større grad kan beskrives som substituerende eller komplementær. Det er imidlertid lite som tilsier at familien tømmes for funksjon, og det er heller en oppfattelse at situasjoner i større grad bør anses som kontekstbetingede. Omsorg for partner framgår som en særlig emosjonell byrde, og studier på omsorg for eldre foreldre indikerer at arbeid og omsorg kan være en utfordrende kombinasjon å opprettholde. Det ser i tillegg ut til at det foreligger en større ansvarsfølelse blant kvinner til å bidra med omsorg, særlig ved høy intensitet.

Levekårsundersøkelsen LOGG 2007/2008 utgjør datagrunnlaget til analysene. Her kan jeg skille mellom personer som er i arbeid og ikke, samt det totale antallet timer de bruker på inntektsgivende arbeid i uken. Spørsmålene i undersøkelsen gir meg også mulighet til å konstruere variabler med utgangspunkt i partners helse.

Resultatene viser at omsorg for partner har en negativ sammenheng med yrkesdeltakelse. Sammenhengene knyttet til tid brukt på arbeid finner jeg særlig fremtredende blant kvinner. Resultatene indikerer imidlertid også en sannsynlig korrelasjon mellom helse, yrkesdeltakelse og å bo med syk partner, som gjør noen av estimatene lite robuste.

# Forord

Å skrive denne oppgaven har uten tvil vært spennende, lærerikt, krevende og utfordrende. Det har vært en prosess. En prosess som har utviklet seg og spunnet sin form underveis. Jeg ønsker derfor å takke alle dere som har vist interesse, lyttet, trodd på meg og diskutert med meg underveis.

Jeg vil rette en stor takk til mine to veiledere Anne-Lise Ellingsæter og Elisabeth Ugreninov. Tusen takk for god veiledning, hjelp og støtte underveis. Takk til Anne-Lise som satte ting i perspektiv og motiverte. Takk til Elisabeth som har bistått med tilbakemeldinger over en lav sko, tid og et stort engasjement.

Takk til Marlene Persson for iherdig gjennomlesning på innspurten og kontinuerlig motivasjon. Og takk til dere jeg satt og skrev med den siste tiden, med fuglekvisper i bakgrunnen og diskusjoner om kropp og helsebesvær som jeg i tider og utider valgte å engasjere meg i.

Jeg vil også takke alle dere andre som har vært en del av min hverdag. Som har bidratt med gode stunder over og under vann, og høyt oppe på fjellet.

Alle feil og mangler i denne oppgaven er selvfølgelig mine egne.





# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1.1	Forskningsspørsmål.....	2
1.2	Omsorgen i Norge .....	4
1.2.1	Offentlige omsorgsordninger .....	5
1.2.2	Omsorg og yrkesaktivitet .....	6
1.3	Data og metode .....	7
1.4	Gangen i oppgaven .....	7
1.5	Etikk.....	8
<b>2</b>	<b>Analytiske perspektiver og tidligere forskning .....</b>	<b>9</b>
2.1	Velferdsstaten og familien.....	10
2.1.1	Substitusjon og komplementaritet.....	13
2.1.2	Samspill mellom offentlige tjenester og familie .....	14
2.1.3	Velferdsstaten og kjønn.....	17
2.2	Omsorgens utfordringer og arbeid.....	18
2.2.1	Omsorg for partner som byrde? .....	18
2.2.2	Rollekonflikt.....	20
2.2.3	Å kombinere omsorg med arbeid .....	22
2.3	Omsorgens forventninger, forpliktelser og kjønn.....	25
2.3.1	Forventninger og forpliktelser.....	27
2.4	Oppsummering og antakelser hypoteser.....	30
<b>3</b>	<b>Data, utvalg og empirisk strategi .....</b>	<b>33</b>
3.1	Utvalgsundersøkelsen LOGG.....	33
3.2	Utvalgsrestriksjoner.....	35
3.3	Empirisk strategi.....	37
3.3.1	Avhengige variable .....	37
3.3.2	Forklaringsvariabler .....	40
3.3.3	Uavhengige variable.....	42
3.4	Statistiske metoder.....	45
3.4.1	Logistisk regresjon .....	45
3.4.2	Lineær regresjonsanalyse .....	47
3.4.3	Signifikanstester .....	50

3.4.4	Arbeid, omsorg og egen helse .....	51
<b>4</b>	<b>Beskrivende statistikk .....</b>	<b>53</b>
4.1	Kvinner og menn i og utenfor arbeid.....	53
4.2	Yrkesaktive kvinner og menn.....	56
4.3	Hva forteller den beskrivende statistikken?.....	58
<b>5</b>	<b>Uformell omsorg og yrkesdeltakelse.....</b>	<b>59</b>
5.1	Er det en sammenheng mellom partners helse og egen yrkesdeltakelse? .....	60
5.1.1	Er det en sammenheng mellom egen helse og yrkesdeltakelse? .....	61
5.2	Betydningen av partners helse og yrkesdeltakelsen til kvinner og menn.....	64
5.2.1	Er det en sammenheng mellom partners helse og menns yrkesdeltakelse? .....	65
5.2.2	Er det en sammenheng mellom partners helse og kvinners yrkesdeltakelse?....	66
5.3	Betydningen av arbeidsmarkedstilknytning .....	69
<b>6</b>	<b>Uformell omsorg og yrkestilpasning.....</b>	<b>72</b>
6.1	Er det en sammenheng mellom partners helse og egen arbeidstid? .....	73
6.2	Betydningen av partners helse og arbeidstid for kvinner og menn .....	76
6.2.1	Er det en sammenheng mellom partners helse og menns arbeidstid? .....	77
6.2.2	Er det en sammenheng mellom partners helse og kvinners arbeidstid?.....	79
6.3	Betydningen av tid brukt på arbeid.....	81
<b>7</b>	<b>Diskusjon og konklusjon.....</b>	<b>84</b>
7.1	Omsorg for partner og yrkesaktivitet.....	84
7.2	Omsorgsforpliktelser og arbeid .....	87
7.3	Kjønnsroller og omsorgsbelastning .....	90
7.3.1	Arbeidsforhold og omsorgsbelastning .....	92
7.4	Konklusjon.....	93
7.5	Begrensninger og videre forskning.....	94
	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>97</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>106</b>

## Figurer og tabeller

Tabell 2.1. Predikerte effekter av økte velferdstjenester og -tilbud (Lingsom 1997:29). ....	14
Figur 3.1: Utvalgsoversikt etter utførte restriksjoner .....	36
Tabell 3.2. Status på arbeidsmarkedet for hele utvalget. ....	38
Tabell 3.3. Prosentvis fordeling av kvinner og menn i utvalget etter aktivitet på arbeidsmarkedet. ....	38
Tabell 3.4. Gjennomsnittlige timer bruk på arbeid i uken fordelt på utvalget. ....	39
Figur 3.4. Frekvensfordeling som viser antallet timer brukt på arbeid i uken i gjennomsnitt. ....	39
Figur 3.5. Boks plot på den kontinuerlige avhengige variabelen for kvinner og menn separat. ....	40
Tabell 3.6. Krysstabell over kvinner og menn i og utenfor arbeid som hjelper syk partner ....	42
Tabell 4.1. Beskrivelse av analyseutvalg 1 som inkluderer alle i yrkesaktiv alder.....	55
Tabell 4.2. Beskrivelse av analyseutvalg 2 som kun inkluderer yrkesaktive respondenter. ....	57
Tabell 5.1. Sannsynligheten for å være i arbeid eller ikke for hele utvalget.....	64
Tabell 5.2. Sannsynligheten for å være i arbeid eller ikke for kvinner og menn separat.....	68
Tabell 5.3. Oversikt over sammenhenger i hele analyse 1.....	70
Tabell 6.1. Gjennomsnittlige antallet timer i uken brukt på arbeid for hele utvalget. ....	76
Tabell 6.2. Gjennomsnittlige antallet timer brukt på arbeid totalt i uken separat for kvinner og menn. ....	81
Tabell 6.3. Oversikt over sammenhenger i analyse 2. ....	83





# 1 Innledning

*Det å være menneske handler om å være sårbar og avhengig av andre, av relasjoner og av samfunnets institusjoner, ikke bare i de første tidlige leveår, men gjennom hele livsløpet. Fellesskap, ansvar og omsorg for (hver)andre utgjør derfor nødvendigvis essensielle dimensjoner i menneskets liv (Nafstad 2007:11).*

De fleste kvinner og menn i Norge gir i kortere eller lengre perioder av sitt voksne liv omsorg til noen. Ikke bare til sine egne barn, men også til andre. I tilfeller der sykdom inntreffer i et parforhold, vil naturlig nok partner være den første som får vite om dette, og være den første til å påta seg rollen som omsorgsgiver (Pearlin, Mullan, Semple og Skaff 1990). Tidligere forskning antyder at omsorg for partner kan oppleves som en byrde (Hansen og Slagsvold 2013; Idstad, Ask og Tambs 2010), og nærliggende studier på omsorg for nærstående og eldre foreldre indikerer at kombinasjonen av omsorg med yrkesaktivitet er en utfordrende situasjon å befinne seg i (Gautun og Hagen 2010; Gautun 2008b). Utfordrende dit hen at det kan omtales som en "klemme" mellom arbeid og omsorg (Gautun 2008a; Daatland, Veenstra og Lima 2013). I den grad menn har blitt inkludert i beslektede studier, later i tillegg kvinner i større grad å la seg påvirke negativt enn menn (Hansen og Slagsvold 2013; Herlofson 2013; Herlofson og Ugreninov 2014).

Temaet i denne oppgaven er partneromsorg og yrkesaktivitet, og jeg studerer hvilken betydning omsorg for syk partner kan ha på tilknytningen og tilpasningen til arbeidsmarkedet. Dessuten undersøker jeg om betydningen forløper seg ulikt for kvinner og menn med og uten omsorgsansvar. En sentral motivasjon og målsetting med denne studien er å fremme innsikt om sammenhengen mellom omsorg for partner og yrkesaktivitet ettersom dette er et hittil lite utforsket tema, særlig i sosiologien, samt å bidra med forskning innen omsorgsforskningsfeltet som også inkluderer mannen som omsorgsgiver.

Selv om andelen individer som bor uten partner øker, bruker likevel majoriteten av befolkningen store deler av sine liv på å bo sammen med en annen. Blant personer i alderen 16 år og eldre lever om lag 70 prosent i samliv, en prosentandel som har holdt seg relativt stabil de siste tiårene (SSB 2011). Individer i parforhold regnes for å være i en nær relasjon med hverandre. Og slike nære relasjoner kan forstås av et gjensidig avhengighetsforhold

partnere i mellom, ved at de påvirkes av og stiller opp for hverandre (Kelley m. fl. 1983). Å utøve omsorg for en man bryr seg om, er nedstøpt i alle nære relasjoner der man forsøker å sørge for den andre på en best mulig måte (Pearlin m. fl. 1990). I tilfeller der den ene i et forhold blir syk, kan omsorgsbehovet til vedkommende øke, og det faller gjerne på partner å dekke dette behovet. Å gi omsorg til en annen i en slik situasjon, innebærer omtenksomhet og hjelpsomhet, og kan forklares som aktiviteter som utføres til det beste for individer som trenger hjelp på grunn av sviktende helse eller manglende evner (Wærness 1982:20). Walker og kollegaer definerer omsorg til partner til å innebære og være ansvarlig for omsorg eller assistanse utover det som er å kreve i en ordinær hverdag av en partner (Walker, Pratt og Eddy 1995:402). I tilfeller hvor syk partner krever mer omfattende omsorg kan dette føre til utfordringer med å kombinere omsorg og yrkesaktivitet. Nærliggende studier viser blant annet til uregelmessig tilstedeværelse på arbeid, konsentrasjonsproblemer og manglende deltakelse i sosiale og karrierefremmende aktiviteter som hyppigst oppgitte effekter av omsorgssituasjonen på arbeidssituasjonen (Gautun 2009). Omsorgsforpliktelser kan påvirke valg av deltidsarbeid og generell yrkesdeltakelse – særlig blant tungt belastede grupper (Jenson og Jacobzone 2000, Philips 1994), og bekymring for egen helse (Philips, Bernard og Chittenden 2002; Mooney og Statham 2002) og redusert livskvalitet er ikke uvanlig (Hansen og Slagsvold 2013a). En annen utfordring er at det ofte er kvinnene som tar på seg omsorgsansvar og at de i større grad enn menn reduserer sin yrkesaktivitet (Herlofson og Ugreninov 2014). Kvinner bruker allerede mindre tid på arbeid og framstår ikke bare som mer engasjerte innen den uformelle omsorgen generelt, men later også i større grad å la seg påvirke negativt av situasjonen (Gautun 2009). Selv om pårørendeomsorg tradisjonelt har blitt ansett som kvinners ansvarsområde, er det likefremt fremdeles en betydelig høyere andel kvinner som tar seg av omsorgsarbeidet tross i at flere menn er kommet på banen (Helde og Thune 2012).

### **1.1.1 Forskningsspørsmål**

Hvorvidt kombinasjonen av omsorg for syk partner og arbeid gir utslag i negative konsekvenser for yrkesaktiviteten er et hittil lite utforsket område. Det er dette som er temaet for denne undersøkelsen. Mine forskningsspørsmål er følgende;

- I. Er det en sammenheng mellom individers yrkesdeltakelse og omsorg for syk partner?
- II. Kan omsorg for syk partner knyttes til en sammenheng med tiden brukt på arbeid?



### III. Tilpasser kvinner og menn seg ulikt i arbeidsmarkedet i tilsvarende omsorgssituasjon?

Med utgangspunkt i forskningsspørsmålene, tilfører studien kunnskap om sammenhengen mellom partneromsorg og yrkesaktivitet på ulike måter. For det første retter studien direkte fokus på omsorg for syk partner blant samboende i Norge. Stadig flere studier tar for seg generasjonsbånd og omsorgsrelasjoner mellom voksne barn og eldre foreldre og blant eldre generelt. Selv om partner har vært til stede hele tiden, er det likeframt få bidrag innen sosiologien på nettopp dette området. Dette er særlig overraskende ettersom for eksempel tapt inntekt kan ha store konsekvenser for familien. Dessuten inkluderer studien også menn som omsorgsgivere. Majoriteten av studier av omsorgsrelasjoner fokuserer utelukkende på kun den ene omsorgsutøveren, og da gjerne kvinnen. Selv om det ofte er slik at kvinner framtrer å være de som i størst grad både gir omsorg og lar seg påvirke av den, er det ingen grunn til å utelate menn. Det er generelt etterlyst mer forskning på menns relasjoner i familien (Herlofson 2013), og denne studien inkluderer begge kjønn.

Partneromsorg kan i tillegg forstås som et potensielt viktig helseproblem i alle aldre (Schulz og Sherwood 2008; Kotsadam og Jakobsson 2012:191), kanskje særlig blant eldre. Demografiske endringer leder til at personer lever lenger, og ved tilfelle av helsereduksjon i eldre alder vil nettopp partner framstå som første naturlige omsorgsgiver (Biegel, Sales og Schulz 1991). Tross i at denne undersøkelsen ikke legger hovedfokus på eldre spesifikt, men inkluderer et bredere aldersspenn, kan resultatene likeframt relateres opp mot spesifikke alderskohorter. Den inkluderer ikke kun de som befinner seg midt i livet og før pensjonsalder, men også gruppen av unge voksne.

Forskningsspørsmålene som reises i denne studien er interessante fra et generelt politisk perspektiv, fordi de berører et særlig sentralt satsningsområde innen arbeidsmarkeds- og familiepolitikk. Økt innsikt i ulike forhold som kan bidra til opprettholdelse av personers yrkesaktivitet er viktig, ettersom det framstår som et generelt mål i den norske velferdsmodellen å tilrettelegge for høy yrkesdeltakelse så langt det lar seg gjøre (NOU 2011). Mer kunnskap bidrar også på veien til å kartlegge potensielle eksisterende og fremtidige behov innen kombinasjonen av partneromsorg og yrkesdeltakelse som igjen kan knyttes både til videre utforming av arbeidsmarkedspolitikken og den allerede overbelastede offentlige helse- og sosialsektoren.

Partneromsorg har samtidig i liten grad blitt tatt høyde for innen sosiologi spesifikt, ettersom det snarere er psykologien som i større grad har engasjert seg i forholdet, da med hovedvekt på kognitive utfall (Ask 2013). Psykologien tar for seg en viktig vinkling av omsorgsforholdet. Det er imidlertid grunner til å belyse omsorgen også i andre sammenhenger, særlig i relasjon til arbeid. I det følgende delkapittelet vil jeg kort sette oppgavens tematikk i perspektiv i den norske konteksten tilknyttet sammenhengen mellom formell og uformell omsorg.

## 1.2 Omsorgen i Norge

De fleste kvinner og menn i Norge har i kortere eller lengre perioder av sitt liv hatt et omsorgsansvar. Ikke bare for egne barn, men også for eldre eller andre nære pårørende. I en rapport fra NOVA<sup>1</sup> kommer det fram at 30-40 prosent av de intervjuede i alderen 20-60 år jevnlig gir uformell pleie eller hjelp til andre. Ordinær omsorg for små barn og rent medisinske tjenester som krever spesiell fagkunnskap faller her utenfor (Daatland og Veenstra 2012:141). Familien bidrar stort sett med praktisk hjelp, mens konkrete pleieoppgaver gjerne tilfaller de kommunale omsorgstjenestene. Den uformelle innsatsen framstår likevel som avgjørende i omsorgen som en helhet og er av en stor samfunnsmessig betydning som ikke må undervurderes (Hansen og Slagsvold 2012; Helde og Thune 2012; St.meld. nr 25 (2005-2006); Håland og Wold 2011; NOU 2011).

I omsorgsforskning skiller man mellom formell og uformell omsorg. Denne undersøkelsen tar for seg det ulønnede og uformelle omsorgsarbeidet som gis til partner med helsereduksjon som fremdeles bor i hjemmet, og vil kun omtales som *omsorg* om ikke annet spesifiseres. En bredere inkludering av den formelle offentlige omsorgen, tilskrives dermed en fremtidig studie. Like fremt ser jeg det hensiktsmessig å trekke inn deler av det offentlige ansvaret for å sette kombinasjonen av omsorg og arbeid i en nødvendig kontekst. Det er vesentlig for undersøkelsen å ha kjennskap til de institusjonelle rammebetingelsene samt en større forståelse av rollen den norske velferdsstaten spiller i denne sammenhengen. Familieomsorg er ikke lenger en privatsak, og familie og velferdsstat framstår å ha en gjensidig virkning på hverandre (Leira 2012). Når det er sagt utgjorde pleie- og omsorgssektoren nærmere 2,2 prosent av BNP i Norge i 2009, mens gjennomsnittet for OECD-land lå på kun 1,2 prosent

---

<sup>1</sup> Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

(Kjelvik 2011). Betydelig ressurser brukes på dette området, og forskningen og fokuset bør følge etter.

### **1.2.1 Offentlige omsorgsordninger**

Ingen er rettslig forpliktet til å påta seg omsorgsansvar overfor voksne i Norge, dette innebærer at det er det offentlige som bærer det fulle ansvaret for voksne personers praktiske bistand, pleie og omsorg (NOU 2011:57). Per i dag finnes det i utgangpunktet få permisjonsordninger for personer som ønsker å gi uformell omsorg til partner. Mange benytter seg av ferie eller ulønnet permisjon, som igjen kan føre til direkte økonomiske kostnader. Mulige bieffekter blant de som ikke kan eller vil benytte ulønnet permisjon eller ferie er redusert konsentrasjon, redusert helse og tid brukt på jobb og fritid (Gautun 2008b). Det finnes midlertid noen permisjonsordninger med det formål å lette på kombinasjonen av omsorg og arbeid for uformelle omsorgsgivere.

Omsorgslønn er et offentlig tilbud til pårørende eller frivillige omsorgsgivere med omsorg for personer som har særlig stort omsorgsbehov som kommunen i utgangpunktet er pliktet å dekke (Helse- og omsorgstjenesteloven 2015:§3-6). Hovedformålet med ordningen er å bidra til best mulig omsorg for de som trenger hjelp, men først og fremst å bidra til at det økonomiske tapet ikke blir for stort hos omsorgsgiver. Kommunen er ansvarlig for en skjønnsmessig helhetsvurdering av søknaden, og de viktigste momentene for tildelingen grunner ut i om 1) omsorgen foregår i eget hjem, 2) omsorgsarbeidet er særlig tyngende og 3) nødvendig, om 4) omsorgen fra privatpersonen er det beste for den med hjelpebehov og 5) om hjelpebehovet ellers måtte blitt ivaretatt av kommunen. Disse momentene er ingen vilkår, dermed er det heller ikke et krav om at alle punktene må være til stede for likevel å kunne få innvilget søknaden om omsorgslønn (NOU 2011:17-18). Tall fra 2010 visere at hele 60 prosent av brukerne av ordningen var foreldre som fikk tildelt omsorgslønn for å ta seg av egne barn. 25 prosent omfattet omsorgsrelasjoner mellom ektefeller, mens 9 prosent omfattet omsorg for foreldre (NOU 2011:19).

Arbeidstakere har i tillegg rett til velferdspermisjon med lønn inntil 12 dager i året, dersom det foreligger viktige velferds- og omsorgsgrunner. Ordningen omfatter sammenhengende eller fleksible uttak av permisjonsdager etter avtale med arbeidsgiver. Både permisjonsgrunnen og arbeidstakerens individuelle situasjon og behov (for eksempel

omsorgsbyrde, familiesituasjon, helsetilstand og arbeidssituasjon og annet) vurderes enkeltstående ved hver søknad (Hovedtariffavtalen 2015:§22).

Som en forlengelse av ordningen om omsorgslønn, eksisterer også en ordning som gir arbeidstaker rett til fri ved omsorg og pleie av nærstående. I følge arbeidsmiljøloven (2015:§12-10) har yrkesaktive krav på 60 dagers permisjon, og å få pleiepenger på opptil det totale antallet dager etter folketrygdloven (2015:§9-12). Hensikten er å kompensere for tapt arbeidsinntekt for yrkesaktive, og permisjonen kan benyttes sammenhengende eller gjennom fleksible uttak. Som det videre framgår av lovene, gjelder dette imidlertid kun ved omsorg og pleie av nærstående i livets slutfase, som ikke vil være en like aktuell situasjon for alle omsorgsytere. Arbeidsmiljøloven gir videre rett til 10 dager fri hvert kalenderår for å gi nødvendig omsorg og pleie til blant annet ektefelle og samboer. Imidlertid er det ikke gitt noen tilsvarende bestemmelse om kompensasjon i folketrygdloven, som dermed ikke innebærer rett til lønn under en slik permisjon. Man kan potensielt benytte seg av hovedtariffavtalens fellesbestemmelser gjennom vedtektene for velferdspermisjon for å kompensere for tapt inntekt, men retten til antallet permisjonsdager vil nok likevel ikke kunne overstige antallet dager som inngår i bestemmelsene.

Personer med mer omfattende omsorgsbehov, vil gjerne få dette tilfredsstilt på en institusjon. Andre, som ikke nødvendigvis har behov for omsorg på heltid er gjerne i større grad avhengig av sin partner. Selv et lite eller middels hjelpebehov kan kreve både tid og krefter fra pårørende, særlig når syk partner bor hjemme, slik som i denne undersøkelsen. Det å utøve omsorg er komplekst, og kan innebære ulike grader av ikke bare fysiske investeringer, men også emosjonell omsorg (Karantzas 2012:84). I situasjoner der en yrkesaktiv omsorgsgiver ikke tilfredsstiller kravene for omsorgslønn eller velferdspermisjon med eller uten lønn, knyttes alternative legitime løsninger gjerne til redusert yrkesaktivitet gjennom deltid, fleksible ordninger eller andre permisjons- og fraværsordninger.

### **1.2.2 Omsorg og yrkesaktivitet**

I 2010, oppga 4 prosent av befolkningen i alderen 20-64 år at de hadde regelmessig omsorgsansvar for pleietrengende voksne familiemedlemmer i eller utenfor egen husholdning (Håland og Wold 2011). Dette tilsvarer 105 000 personer. Om lag halvparten blant disse befant seg i alderen 50-59 år. Dette er en aldersgruppe som i all hovedsak er ferdig med omsorg for barn. Blant personer under 40 år, var omsorgsansvaret jevnt fordelt mellom

kvinner og menn, mens i de eldre aldersgruppene er kvinner i klart flertall. Av hele utvalget utgjorde kvinner 63 prosent. Blant personer med omsorg for en pleietrengende voksen i husholdningen, utgjorde om lag en tredjedel ektefelle, samboer eller partner. Rett under halvparten av hele gruppen som oppga å ha omsorgsansvar for voksne, arbeidet deltid eller var ikke i arbeid. Kun 12 av disse oppga imidlertid at grunnen var omsorgsansvar. Samtidig viste det seg at en av tre hadde tatt seg minimum en hel fridag fra arbeidet grunnet omsorgsoppgaver spesifikt i løpet av de siste seks månedene. Blant gruppen omsorgsgivere i arbeid, var det få forskjeller i yrkesdeltakelsen sammenlignet med gruppen uten omsorgsansvar. Likevel var kvinner i noen grad mer tilbøyelige til å arbeide deltid når de befant seg i en slik situasjon. Norge har et godt omsorgstilbud sammenlignet med de fleste andre europeiske land, likevel velger enkelte å arbeide deltid eller hjemme, blant annet for å kunne ivareta hele eller deler av omsorgen selv. Overvekten blant disse er kvinner.

## **1.3 Data og metode**

I denne oppgaven benyttes to analysemetoder med utgangspunkt i den norske levekårsundersøkelsen LOGG. For å måle sammenhengen mellom omsorg og yrkesaktivitet benyttes en logistisk regresjon som måler hvorvidt omsorgsgivere har høyere sannsynlighet til å være utenfor arbeidsstyrken sammenlignet med personer uten omsorgsansvar. For å måle betydningen av uformell omsorg på yrkesaktivitet benyttes en OLS der jeg undersøker hvorvidt omsorg for syk partner har en sammenheng med tiden brukt på inntektsgivende arbeid. Her begrenses utvalget til yrkesaktive personer. Et mål med denne oppgaven er å studere hvorvidt betydningen av omsorg på yrkesaktivitet påvirker menn og kvinner ulikt, av den grunn benyttes separate analyser etter kjønn.

## **1.4 Gangen i oppgaven**

Denne oppgaven består av 7 kapitler. I innledningskapittelet har jeg gjort rede for tema og problemstilling, og gitt en redegjørelse av aktuelle begreper. Jeg har også kort skissert relevante offentlige omsorgstjenester i Norge, og foreliggende tendenser blant kvinner og menn med omsorgsansvar for voksne. I kapittel 2 presenteres det teoretiske rammeverket hvor rolleteori og kjønnsroller utgjør en betydelig del av de analytiske perspektivene. Det legges i tillegg stor vekt på foreliggende forskning særlig knyttet til omsorg for eldre og foreldre, som anses å berøre sammenhengen mellom omsorg for partner og yrkesdeltakelse.

I kapittel 3 skisserer jeg datamaterialet som benyttes i oppgaven og metodisk strategi, før jeg gir en beskrivelse av mine to hovedutvalg som skal benyttes i de videre analysene i kapittel 4. Kapittel 5 utgjør første analysekapittel i oppgaven. Her presenterer jeg de logistiske modellene som estimerer sammenhengen mellom sannsynligheten for å være i arbeid og omsorg for syk partner, først for hele utvalget, deretter separat for kvinner og menn. Kapittel 6 utgjør andre analysekapittel, der jeg benytter lineær regresjon for å belyse sammenhengen mellom arbeidstid og omsorg for syk partner. Også her for hele utvalget først, før jeg presenterer de separate analysene.

I kapittel 7 sammenfatter og drøfter jeg mine funn i lys av det teoretiske rammeverket og relevant tidligere empirisk forskning. Jeg avslutter undersøkelsen med en kort diskusjon av oppgavens svakheter og begrensninger, samt forslag til videre forskning og konklusjon.

## **1.5 Etikk**

Der eksisterer en rekke forskningsetiske retningslinjer og hensyn tilrettelagt for å hjelpe med å opprettholde og å etablere vitenskapelig virksomhet basert på god vitenskapsmoral. Klarhet og tydelighet er essensielt ved en redelig framstilling, og metodekravet om etterprøvbarhet og avstand fra forfalskning og plagiat skal etterstrebes (Ringdal 2009).

I denne undersøkelsen benytter jeg meg av datasettet LOGG fra NOVA, som jeg har blitt gitt tilgang til gjennom en godkjent søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). LOGG er basert på anonymiserte data som slik unngår problemet med å identifisere og knytte informasjon til respondenter i undersøkelsen (NESH 2006). Å studere hvordan personer velger å kombinere arbeid med omsorg for sin egen syke partner, er et privat og følsomt tema. Årsakene til hvorfor enkelte handler på bestemte måter kan være mange og ulike, og trenger ikke nødvendigvis å tilskrives de resultatene jeg kommer fram til i denne oppgaven spesifikt.

Jeg er klar over at tolkninger og diskusjoner jeg foretar meg underveis i denne oppgaven vil bære preg av min egen bakgrunn og oppfatninger. Dette tatt i betraktning, vil jeg etterstrebe ikke å henge ut bestemte grupper på bakgrunn av mine funn og opplyse om riktig materiale og riktig bruk av denne. Med utgangspunkt i fornuft og opprettholdelse av de grunnleggende allmennmoralske normene generelt, vil jeg påse ikke å bryte de ovennevnte prinsippene.

## 2 Analytiske perspektiver og tidligere forskning

Pårørende er en viktig ressurs for personer med helseutfordringer og for tjenesteapparatet, og en dominerende kilde til både emosjonell og praktisk hjelp (Daatland og Herlofson 2004). Noen ganger vil imidlertid det å være pårørende medføre belastninger og krevende omsorgsoppgaver i den grad vedkommende selv utvikler et behov for oppfølging – i verstefall – eller et behov for en restrukturering av hverdagen. Den norske velferdsstaten har i dag ansvar for å tilby tilfredsstillende tjenester knyttet til omsorg, og det å holde folk i yrkesaktivitet lengst mulig har allerede blitt poengtert som et essensielt punkt i sosialpolitikken (Meld. St. 29 2012-2013). Tidligere forskning finner at det å gi uformell omsorg kombinert med yrkesaktivitet ikke er helt uproblematisk (Gautun 2008b), og at det opptrer som en belastning på omsorgsgiveren. Imidlertid avhenger dette av grad av omsorg samt andre omsorgsforpliktelser og generell helse (Kotsadam og Jakobsson 2012).

Tilgjengeligheten og tilretteleggingen av offentlige tilbud og tjenester påvirker hvor utfordrende det å bo med en syk partner kan oppleves å være. I henhold til substitusjonshypotesen (Lingsom 1997), kan sammenhengen mellom familien og staten i større eller mindre grad virke komplementerende eller substituerende. Å inneha flere roller i hverdagen, som omsorgsgiver og arbeidstaker, i tillegg til partner, mor og datter, kan i følge generell rolleteori (Goode 1960; Sieber 1974) føre med seg konflikterende plikter og forventninger i hverdagen. Disse kan også knyttes til kjønn, og hvorvidt kvinner og menn opplever ulike plikter og forventninger grunnet i tradisjonell kjønnsteori og sosialisering. Norge var relativt tidlig ute med prosessen om å få flere kvinner inn i arbeidsstyrken, og med dette måtte også strategier for barneomsorg følge på. Dette har gitt utgangspunkt for et bredt felt av studier på omsorg som imidlertid fremdeles i stor grad undersøker kvinnen som omsorgsgiver, og i mindre grad mannen.

I dette kapittelet diskuterer jeg ulike måter kombinasjonen av omsorg for syk partner og yrkesdeltakelse utspiller seg på og hvordan det kan henge sammen med kjønn. Omsorg er imidlertid komplekst, og virker inn på folks liv gjennom mange ulike aspekter. Jeg er primært interessert i omsorg for partner, men her er tidligere forskning mangelfull. Ettersom omsorg

til foreldre antas å sammenfalle med flere av omsorgsoppgavene som potensielt gis til partner, vil jeg i stor grad ta utgangspunkt i disse nærliggende forskningsbidragene. Det er likevel grunn til å påpeke, at disse feltene ikke samsvarer helt. Påkjenningen av å utøve omsorg antas å være særlig tydelig samboende imellom, som gjerne innebærer flere timer med direkte omsorg og et større ansvar for tilrettelegging og gjennomføring. Det antas generelt at omsorg for partner utspiller seg mer omfattende for omsorgsgiver og viser sterkere sammenhenger (Hansen og Slagsvold 2013a:126). Dette er et viktig aspekt ved tolkningen av studier på omsorg for foreldre.

Hensikten med dette kapittelet er ikke å presentere en fullstendig oversikt over den aktuelle litteraturen og teoriene, men å trekke fram viktige bidrag og diskutere potensielle teoretiske og metodologiske svakheter. Kapittelet er tredelt. I første del vil jeg se nærmere på sammenhenger mellom velferdsstat og familie, mens jeg i andre del ser på hvordan omsorg og arbeid henger sammen. Siste del tildeler jeg forskjeller og likheter i omsorg blant kvinner og menn. Avslutningsvis formulerer jeg hypoteser og antakelser fra teoriene og de empiriske bidragene, som vil danne grunnlaget for den videre undersøkelsen.

## **2.1 Velferdsstaten og familien**

Det foreligger en allerede sterk offentlig forvaltning av omsorgen i Norge, der staten tidlig inkluderes og forsøker å tilrettelegge i størst mulig grad for muligheten til å kunne kombinere arbeid med omsorgs- og husholdsoppgaver innad i familien. Hvilke strategier ulike land velger for organiseringen av sine velferdsordninger, legger føringer for hvordan hver enkelt familie velger å organisere sin hverdag hva gjelder prioritering av omsorg og arbeid, samt fordelingen av oppgaver mellom kvinne og mann. Bidragene i diskusjoner om velferdsstat og familie har i første omgang dreid seg om småbarnsfamilien og velferdsstaten (bl.a. Ellingsæter og Leira 2004; 2006; Leira 2002). I de senere årene har flere forskere, gjerne gjennom komparative studier, inkludert offentlig eldreomsorg (Anttonen og Sipilä 1996; Bettio og Plantenga 2004; Esping-Andersen 1999; Leira 2004; Saraceno og Keck 2011), som i større grad anses å berøre tematikken i denne oppgaven.

Esping-Andersen (1990; 1999) plasserer Norge innunder den sosialdemokratiske velferdsformen, i lag med de andre skandinaviske landene. Omsorgspolitikken kjennetegnes av et bredt sett av ytelser og velferdstjenester som i utgangspunktet er universelt utformet og



tilgjengelig for alle. Denne klassifiseringen av velferdsstatsregimer tar utgangspunkt i måter produksjon av velferd forekommer på i Europa, ved å se på organiseringen av stat, familie og marked (Esping-Andersen 1990:26). Særlig viktig for inndelingen, er graden av *dekommodifikasjon*. Nærmere bestemt i hvilken grad individer sikres visse rettigheter i samfunnet, uavhengig av deres posisjon i arbeidsmarkedet. At Norge karakteriseres med høy grad av dekommodifisering, kan slik forstås ved at personer blant andre har muligheten til å velge bort arbeid i perioder de anser det som nødvendig, uten å være bekymret for at det vil gå utover verken arbeidskontrakt eller lønn. Ved at staten tidlig inkluderes gjennom tjenester og ytelser etter behov, tilrettelegger den i større grad for muligheten til å kombinere arbeid med andre omsorgs- og husholdsoppgaver. Motsatsen av dekommodifisering er *kommodifisering*, der hvert individs skjebne er styrt av markedskreftene (Esping-Andersen 1990:22, 23).

Esping-Andersen fikk kritikk for klassifiseringen sin, blant annet grunnet i at struktureringen tar utgangspunkt i individets posisjonering i arbeidsmarkedet, som på den måten tar arbeidet for gitt (Saraceno og Keck 2011:374). Retten til permisjoner og lønnskompensasjon forutsetter således deltakelse i nettopp arbeidsmarkedet, en forutgående kommodifikasjon. Slik forsømmes familiens, og særlig da kvinnens, ubetalte arbeid (Ellingsæter og Leira 2004:76, 77). Som svar på denne innvendingen introduserte Esping-Andersen *defamilisering*, som tidligere var blitt brukt i feministisk forskning av blant andre McLaughlin og Glenning (1994), for i større grad å ta høyde for familien (Herlofson 2013a:23; Ellingsæter og Leira 2004:76, 77). En defamiliserende velferdsstat vil minimere individets avhengighet av familien gjennom offentlige tilbud av tjenester og ytelser, i motsetning til en familialistisk som ilegger familien maksimal velferdsforpliktelse.

Defamilisering som kjennetegn, sammenfaller også med omsorgsregimene til Anttonen og Sipilä (1996), der Norge kan antas å representere den skandinaviske modellen, med høy grad av offentlig barne- og eldreomsorg. I disse landene, i likhet med England, eksisterer heller ingen lovmessig plikt til å ta seg (økonomisk) av sin nære familie (Keck, Hessel og Saraceno 2009). I de periodene av livsløpet der omsorgspolitikken står sterkt, kan dermed offentlige støtteordninger styrke autonomien til både omsorgsmottakeren og omsorgsgiveren. Slik gjelder ikke kun "exit out of work", men også muligheten til "exit out of family", som kan anses som en likeså vesentlig faktor (Anttonen og Sipilä 1996:89, 90; Leira 2012:81). Også analysene til Saraceno og Keck støtter dette prinsippet, imidlertid har dette i sin helhet i liten

grad bidratt til å anerkjenne uformell omsorg i familien som et faktisk arbeide (Saraceno og Keck 2011:393).

Utviklingen i Norge av forestillingen om at omsorgsforpliktelser, tradisjonelt knyttet til familien og den private sfære, i stadig større grad blir ansett som et essensielt offentlig ansvar, illustrerer typiske trekk ved den moderne velferdsstaten. Individuelle behov blir gjort om til kollektivt ansvar, og selv om en slik omsorgspolitikken åpner muligheten for å kunne kombinere omsorg med lønnsarbeid, bidrar den også til å tilsløre grensene mellom det statlige og det familiebaserte ansvaret. Til tross for at omsorgspolitikken i landet står sterkt særlig når det kommer til barneomsorg, og er på god vei inn i eldreomsorgen, framstår den likeså fremt som noe underutviklet når det kommer til omsorg for partner. Det finnes ordninger personer som er syke eller uføre kan benytte seg av, men i denne oppgaven handler det om den omsorgsutøvende parten. Som det framkom, tidligere er tjenestenivået noe magert ved behov for permisjon for en arbeidstaker med syk partner, om det ikke skal gå utover arbeid eller økonomi. Å omtale Norge som en omsorgsstat vil ikke være noen feilslutning. Imidlertid faller partneromsorg mellom to stoler på dette området.

Ved at store deler av omsorgsansvaret ivaretas gjennom offentlige tilbud, kan det for det første bidra til å gjøre individet mindre avhengig av familien, og mer avhengig av staten. For det andre kan det bidra til å tilsløre grensene for hvem som har omsorgsansvaret i hvilke situasjoner, og hva det potensielle ansvaret og forpliktelsen innebærer.

Samspillet mellom omsorgsytelser fra offentlige tjenester og den private familie vil slik uunngåelig komme innom spørsmålet om substitusjon eller komplementaritet. Hvorvidt formell omsorg erstatter eller utfyller den uformelle omsorgen, er noe som gjerne refereres til som *the substitution issue* (Lingsom 1997). Perspektivet belyser ikke omsorg for partner spesifikt, men kan bidra til å gi en indikasjon på hvilke forventninger individet utvikler til ansvars plasseringen av omsorg i samfunnet. Det være seg forventninger til offentlige instanser og forventninger til ytelser fra egen familie. Ettersom den offentlige omsorgspolitikken står sterkt, vil det være naturlig at det stilles høyere krav til statens nærvær i familielivet. Denne delen vil jeg bruke på å belyse hvorvidt en slik organisering kan lede til en mer utfyllende familieomsorg eller heller det omvendte.

### 2.1.1 Substitusjon og komplementaritet

Innen substitusjonsdiskursen kan man skille mellom to hovedhypoteser som representerer hvert sitt ytterpunkt; *substitusjonshypotesen* og *komplementaritetshypotesen*. En ikke så uvanlig antakelse er at jo mer ansvar staten tar for omsorgen for de omsorgstrengende, desto mindre gjør familien det. Antakelsen uttrykker en bekymring for at velferdsstaten undergraver familieomsorgen og uthuler familiesolidariteten (Anttonen og Sipilä 1996; Lingsom 1997:19), og betegner substitusjonshypotesens hovedessens. Hypotesen predikerer således en reduksjon i omsorg gitt av familien ved økning i offentlige omsorgstjenester. Offentlige tjenesteytelser anses å kunne bidra med tilnærmet samme verdi som uformell omsorg fra familien, og gjør disse dermed til objektivt sammenlignbare størrelser. En slik forståelse legger opp til at både behov og omsorg kan sammenlignes uavhengig av situasjon, hvem som trenger hjelp og hvem som gir hjelp (Lingsom 1997:16-18). Fordelen med en overvekt av offentlige omsorgsytelser er at arbeidstakeren får beholde sin autonomi, det samme gjelder omsorgsgiveren og mottakeren. I tillegg til økt uavhengighet, bidrar det også til frigjøring av tid i hverdagen. Ulempen vil kunne være at uformelle omsorgsgivere mottar manglende anerkjennelse for sitt arbeid.

Komplementaritetshypotesen stiller seg mer positiv til velferdsgoder, og antar at de offentlige tjenestene kommer *i tillegg* til familieomsorgen, framfor å erstatte den. Hypotesen betoner de kvalitative ulikhetene ved formell og uformell omsorg, og framhever de uerstattelige funksjonsområdene til hver av dem (Lingsom 1997:19). To varianter av komplementaritetshypotesen er *spesialiseringshypotesen* og *familiestøttehypotesen*. Spesialiseringshypotesen ser på familien som strukturert på en mer fleksibel måte enn de øvrige omsorgstjenestene. Dette åpner for muligheten til i større grad å stille opp på kort varsel, samt å fylle andre oppgaver som ikke like lett lar seg effektivisere av tjenester, som blant annet emosjonell støtte. Familien kan i større grad tilpasse sine omsorgsfunksjoner, og fylle inn hullene der de offentlige omsorgstjenestene ikke strekker til. Den offentlige omsorgen kan slik yte bedre på andre områder, som tynge pleieoppgaver som varer over tid (Lingsom 1997:20; Litwak 1985). Essensen i hypotesen, er nettopp å optimalisere omsorgen mellom familie og omsorgstjenester. Dette gjøres ved at oppgaver fordeles på en slik måte at de som yter omsorg skal fungere og bidra på sitt beste (Lingsom 1997:20). Modellen bygger på den klassiske idéen til Parsons om funksjonsdeling og syn på utviklingen av den moderne familien. Parsons hevder at når andre institusjoner stadig overtar mer ansvar, vil familien i

større grad kunne spesialisere seg – *uten* å miste sin funksjon av arbeidsdelingen (Parsons og Bales 1955). Ut i fra spesialiseringshypotesen kan det med andre ord antas, at familieomsorgen vil bli restrukturert framfor redusert eller økt i takt med høyere nivå av formell omsorg. Den vil dreie omsorgen mot sosial og følelsesmessig støtte samt hjelp med oppgaver av mer fleksibel karakter, og bort fra pleieoppgaver. Det totale omfanget av omsorgen, alle støtteapparater inkludert, vil antas å øke.

Familiestøttehypotesen hevder på sin side at familien styrkes, og bidrar mer i tilfeller der byrden ikke er for stor (Lingsom 1997:21). Ved framforhandlet ansvarsfordeling mellom offentlige tjenester og familien, vil den totale mengden omsorg øke, i tillegg til økt standard. Med andre ord hevder denne hypotesen, at omsorg fra offentlige instanser kan stimulere til mer familieomsorg. Ettersom det er enklere å hjelpe når oppgavene er mindre omfattende vil medlemmer av familien være mer tilbøyelige til å bidra, og oftere over en lengre periode. Tabell 2.1 viser kort oppsummert prediksjonene av de ulike hypotesene.

Tabell 2.1. Predikerte effekter av økte velferdstjenester og -tilbud (Lingsom 1997:29).

<i>Predikert effekt av økte tjenester</i>				
	Mindre familieomsorg	Økt omsorg i sin helhet	Annerledes familieomsorg	Mindre byrde
Substitusjon	**	-	-	*
Spesialisering	*	*	**	-
Familiestøtte	*	**	*	**

\*\* Høy prediksjon, \* bekreftende prediksjon, - uendret/ikkebekreftende prediksjon

### 2.1.2 Samspill mellom offentlige tjenester og familie

Jakobsson, Hansen og Kotsadam (2012) undersøker om omfanget av formell omsorg i Norge påvirker sannsynligheten for å gi uformell omsorg gjennom jevnlig hjelp med pleie til eldre. De benytter seg av informasjon om antallet hjelpere og hjelpetrengende for å vise at personer som bor i kommuner med en mer omfattende kommunal omsorgstjeneste har en lavere tilbøyelighet til å gi uformell omsorg selv, og motsatt. Sannsynligheten forblir den sammen uavhengig av hvor mye penger kommunen bruker. Resultatene deres støtter dermed hovedsakelig oppunder substitusjonshypotesen. Ettersom det imidlertid ikke er gjort undersøkelse på flere typer omsorg, er det ikke utelukket at omfattende formelle

omsorgstjenester potensielt kan føre til at familien heller bidrar med en annen type omsorg en pleieomsorg spesifikt.

Studien til Daatland og Herlofson (2004) støtter i større grad komplementære sammenhenger mellom den formelle og uformelle eldreomsorgen, selv om offentlige tjenester dominerer hjelpeinnsatsen i Norge. De gjennomfører et komparativt studium, og tar utgangspunkt i omsorgsoppgaver definert som hjelp til daglige gjøremål og personlig pleie. I land som Norge, der tjenestene er lettere tilgjengelige, finner de et stigende innslag av hjelp *både* fra familie og fra velferdsstaten. Dette kan tolkes i retning av at de snarere utfyller hverandre fremfor erstatter. En bred tilgang på tjenester bidrar slik til at familien kan rette seg mot andre behov og oppgaver, særlig på områder som dekkes dårligere av tjenestene, som blant andre emosjonell nærhet (Daatland og Herlofson 2004:105). Resultatene til Daatland og Herlofson ser ut til å støtte familiestøttehypotesen, som peker mot en økning i den totale mengden omsorg, og et lavere byrdeomfang. Ettersom det befinner seg forholdsvis mange i Norge som oppgir å få hjelp kun fra velferdsstaten, utelukkes ikke et innslag av substitusjon i noen sammenhenger. Dette kan imidlertid også skyldes manglende tilstedeværelse av nær familie. Et interessant tilleggssunn verdt å nevne, er at gifte rapporterer om mindre offentlig hjelp. Dette kan være både fordi de i større grad klarer seg selv gjennom hverandres hjelp, men også grunnet en nedprioritering av tjenestene, ettersom familiens innsats kanskje i større grad tas som en selvfølge (Daatland og Herlofson 2004:109).

De overnevnte studiene er begge basert på tverrsnittdata, som gjør det vanskelig å si noe om hva som er den utløsende årsaken til hvorfor pårørende i større grad benytter seg av formell eller uformell omsorg. Derfor blir det vanskelig fullstendig å utelukke de øvrige hypotesene.

Lingsom (1997) kan si mer om endringer, der hun ser på utviklingen av samspillet mellom tilbudet av tjenester og mengden av familieomsorg som utøves i andre halvdel av 1900-tallet i Norge. I følge substitusjonshypotesen, vil ekspansjonen av tjenester som har funnet sted i den tidsperioden være et svar på nedgang i den uformelle omsorgen, eller selv føre til en slik nedgang. Lingsom viser imidlertid til en bemerkelsesverdig stabil familieomsorg. Riktignok kan hun supplere med funn som viser en økning i det totale antallet omsorgsutøvere, og en reduksjon i den gjennomsnittlige totale mengden tid brukt per utøver. Dette viser til en familieomsorg fordelt på flere hender, der hver og en bærer en mindre byrde. Denne studien støtter med andre ord heller ikke substitusjonshypotesen, og framlegger komplementaritet som det dominerende mønsteret. Samme tendens var også å finne på mikronivå, der eldre

brukere av et bredt sett av tjenester fikk mer hjelp av familie ved økt behov sammenlignet med gruppen som benyttet seg av færre tjenester. Dette forsterker støtten til familiestøttehypotesen. Det er likevel vanskelig å si noe om hvor stor andel av omsorgsbehovet de offentlige tjenestene fyller, og om hvorvidt familien bidrar mer ettersom de absolutt må eller snarere grunnet lavere byrde i utgangspunktet.

Künemund og Rein (1999) kommer fram til at forholdet mellom formell og uformell omsorg i større grad er kontekstavhengig, framfor å følge lineære forhold, når de undersøker hvordan velferdsstaters organisering av pensjonsutbetalinger virker inn på familiesolidariteten og den uformelle omsorgen. I velferdsstater med i utgangspunktet godt utbygd offentlig tjenesteapparat, vil økte formelle tjenester antas å virke positivt inn på den uformelle omsorgen. En reduksjon i omsorgsbyrden forventer å stimulere til mer familieomsorg, og dermed familiestøttehypotesen, slik som funnene til Lingsom (1997). Ved økt satsning på omsorgspolitikken i velferdsstater med marginalt utbygde ordninger, vil imidlertid den offentlige omsorgen i høyere grad anses å skyve familien ut og framstå som substituerende, ettersom tilbudene i større grad metter et omfattende eksisterende behov. Det poengteres imidlertid at både substitusjon og komplementaritet later til å opptre parallelt i ulike typer situasjoner.

Det er vanskelig å konkludere entydig om sammenhengen mellom tilgjengelige velferdsordninger og mengden omsorg som gis i familien. Det er tydelig at ulike metoder og operasjonaliseringer kan lede fram til ulike resultater, både når det kommer til typen omsorg og mengden som gis. Dette bidrar til utfordringer blant komparative studier og generell sammenlignbarhet, i tillegg til at omsorgsfeltet befinner seg under kontinuerlige omrokninger og endringer (Bettio og Plantenga 2004:86). Hovedtendensene munner likevel ut i et komplimenterende forhold, der familien verken framstår som overflødig eller har mistet sin funksjon (Leira 2012:82), selv med høyere nivå av offentlig omsorg. I undersøkelsen til Bettio og Plantenga (2004) som på sett og vis bygger videre på omsorgsmodellene til Anttonen og Sipilä (1996), argumenterer artikkelforfatterne for at familien fremdeles er en essensiell omsorgsutøver, og at velferdsstatlige ordninger bidrar til å støtte og/eller å supplere familien. Dette kan videre også legge grunnlag for å generere ulike sosiale og økonomiske utfall. Ved få tilgjengelige offentlige tjenester og støtteordninger framkommer nemlig høy grad av uformell omsorg i familien.

Selv med høyt tilgjengelighet av omsorgsordninger i Norge, bærer omsorg ofte et subjektivt element i seg. Som jeg tidligere var inne på, eksisterer få tilgjengelige ordninger som kan tas i bruk av personer med syk partner, som kanskje kan bidra til en redusert mulighet til å yte ønsket mengde omsorg i hjemmet. Ettersom flere offentlige tilbud eksisterer i andre omsorgsrelasjoner, vil det ikke være unaturlig at det skaper en forventning om at statlige ordninger skal være tilrettelagt også i slike relasjoner. Ansvarsplasseringen av omsorgsytelsene er med andre ord ikke helt tydelig, og grensene for hvem som skal handle når kan anses som noe tilslørt.

### **2.1.3 Velferdsstaten og kjønn**

Måten velferdsstater velger å organisere sin omsorgspolitikken på, kan også påvirke ansvarsfordelingen av og rammebetingelsene for omsorg blant kvinner og menn. Føringer og konsekvenser for mødre og fedre i familie- og yrkesliv har blitt undersøkt (Ellingsæter og Leira 2006; Leira 2002), og det er en kompleks organisering der arbeidsmarked, familie, kjønnskulturer og klasseulikheter påvirker hverandre. Like fullt kan velferdsordninger anses som strukturerende faktorer både for det konkrete systemet som foreligger og for reguleringen av ressurser individ, familie og markedet imellom. Dette bidrar til å regulere og generere kjønnsspesifikke forpliktelser og forventninger ikke bare i familien, men også mellom familien og staten (Saraceno og Keck 2011:372; Knijn og Kremer 1997). Studien til Schmid, Brandt og Haberkern (2012) viser at ulike velferdsstatlige støtteordninger til hjelp til foreldre bidrar til økte kjønnsforskjeller. De påpeker at døtre i større grad påvirkes negativt av offentlige støtteordninger sammenlignet med hva menn gjør. Dette til tross for antakelsen om at et bredt spekter av offentlige tjenester vil kunne redusere det mest intensive omsorgsarbeidet som domineres av kvinner, og samtidig generere den mer sporadiske hjelpen fra *både* sønner og døtre (Schmid m. fl. 2012:48). Velferdsstater med høy grad av offentlig hjelp, som de skandinaviske landene, framstår likevel å ha lavere tendenser til å skape kjønnsforskjeller. Nært tilknyttet finner også Bettio og Plantenga (2004) at de nordiske landene er mindre gjenkjennbare på inter- og intragenerasjonelle relasjonsbånd sammenlignet med sydeuropeiske land. De kjennetegnes av en sterk kultur for å ta ansvar for omsorgen selv, framfor å være avhengig av annen familie, og har et høyt fokus på likhet og yrkesaktivitet. Dette bidrar til å gi kvinnen mulighet til å engasjere seg *både* i arbeid og i omsorgen hjemme. Likevel ser kvinner generelt ut til heller å prioritere omsorgen framfor arbeidet og i større grad la seg påvirke negativt jevnt over i hele Europa, også i nord (Bettio og Plantenga

2004:105, 88, 90). Selv om denne studien gjelder barneomsorg, peker det i retning mot at statlige ordninger – selv i Norge – kanskje ikke virker like så kjønnslikestillende som ønskelig. Flere kvinner rapporterer om redusert arbeidstid eller utgang fra arbeidslivet grunnet omsorgsoppgaver (Bettio og Plantenga 2004:103), og negative utfall som stress, redusert allmenntilstand og det negative sosiale aspektet ved uteblivelse fra arbeid framkommer (Schmid m. fl. 2012:49). Dette kan antyde en tendens til at arbeid og omsorg nærmest kan anses som konkurrerende tidsmessige faktorer (Bettio og Plantenga 2004:104). Ulike strategier for og forventninger til omsorg må imidlertid ikke ses på som uavhengige faktorer, men som under kontinuerlig endring ettersom de formes av komplekse historiske, kulturelle, sosiale og økonomiske faktorer (Bettio og Plantenga 2004).

## **2.2 Omsorgens utfordringer og arbeid**

Motivene for å yte omsorg er mange. Altruisme, plikt, sosialt press eller det å vise egne barn ønsket adferd overfor eldre har vært foreslått som forklaringsfaktorer (Fevang, Kverndokk og Røed 2012; Ugreninov 2012:134). Uavhengig av motiv vil tid brukt på omsorg gi mindre tid og ressurser til andre ting, som yrkesaktivitet, husarbeid, fritid og egne barn. Generell rolleteori tar utgangspunkt i at individers adferd påvirkes av ens egen og andres forventninger og at kombinasjonen av flere roller i hverdagen fremstår som vanskelig (Goode 1960; Sieber 1974). Å kombinere omsorg med rollen som arbeidstaker er i utgangspunktet krevende, for ikke å snakke om de psykiske utfordringene som gjerne kommer i tillegg. I det følgende ser jeg nærmere på byrdeomfanget som kan knyttes til omsorg for partner, før jeg belyser samspillet mellom omsorg og andre roller, særlig arbeid.

### **2.2.1 Omsorg for partner som byrde?**

Jeg har hittil ledet an til at omsorg for partner i all hovedsak bidrar til en belastende opplevelse av hverdagen når det kommer i tillegg til alt annet. I psykologien brukes ofte termen *omsorgsbyrde*<sup>2</sup> for å beskrive negative utfall blant gruppen som gir omsorg, særlig knyttet til omsorg for personer med psykiske lidelser (Baronet 1999). Selv om jeg ikke spesifiserer konkret hvilke typer helsereduksjon syk partner har, er likevel denne teorien særlig interessant ettersom den ofte blir brukt på omsorg partnere imellom. Den omfatter en relativt bred forståelse av negative konsekvenser som forekommer av å gi omsorg som

---

<sup>2</sup> *Caregiver burden* på engelsk. Min oversettelse.



innebærer psykiske, emosjonelle og økonomiske faktorer (Baronet 1999). Konseptet har senere skilt mellom objektive og subjektive byrder. Førstnevnte går på konkrete og observerbare kostnader, som finansielle problemer, redusert yrkesaktivitet, sosial omgang, helse og fritid. Subjektive byrder omfatter på sin side adferd og emosjoner knyttet til omsorgsgiveren, blant dem stress, usikkerhet og ambivalens (Schene 1990:289-290). Det å gi omsorg, og hele konteksten rundt, skaper en kompleksitet som gjør det dess viktigere å få fram at ikke bare objektive – i større grad målbare faktorer – gjør seg gjeldende, men også subjektive i vel så høy grad. Det ene virker gjerne inn på det andre.

Blant studier som har brukt teorien om omsorgsbyrde, viser det å være omsorgsgiver for egen partner generelt å ha negativ effekt på psykisk helse og velvære (Baronet 1999; Ohaeri 2003). Idstad, Ask og Tambs (2010) studie av sammenhengen mellom omsorg for partner med psykiske lidelser og omsorgsbyrder hos omsorgsgiver, støtter denne hypotesen. Både menn og kvinner med syk partner viser signifikante utslag på høyere grad av symptomer som angst og/eller depresjon sammenlignet med personer uten syk partner. Kvinner noe høyere enn menn, men den relative økningen viste seg interessant nok å være så å si lik for begge kjønn.

Hansen og Slagsvold (2013a) påpeker at det å gi omsorg til partner kan kreve en signifikant forpliktelse av tid og energi, og kan føre med seg betydelige endringer i relasjoner og roller ellers i hverdagen. De poengterer viktigheten av å forstå de psykologiske implikasjonene av det å gi uformell omsorg, ettersom omsorgen kan generere flere dagligdagse problemer, og føre med seg stress og bekymringer. Artikkelforfatterne finner at det å pleie en partner virker negativt inn på trivsel både for menn og for kvinner. Klarest forbindes dette med redusert tilfredshet, selvfølelse og mestring, samt høyere grad av depressive symptomer og ensomhet. De to siste faktorene noe sterkere blant kvinner. Kvinner synes i større grad å bli belastet i det partneren får helseproblemer, men ikke ytterligere når partneren får et pleiebehov. Blant menn reduseres livskvaliteten i det helseproblemene øker, altså omvendt av kvinner. Dette, påpekes det, kan også henge sammen med at enkelte menn kanskje har noe lavere omsorgserfaring. Studiene kontrasteres med tidligere funn fra omsorg til foreldre, som i liten grad ga utslag på lignende faktorer innen trivsel. Dette gir grunnlag for at ulike omsorgsgivere står overfor ulike utfordringer knyttet til ulike mottakere av omsorg. Implikasjonene knyttet til omsorg i parforhold kan også framstå som mer tydelige og mer omfattende enn hva gjelder studier om omsorg for aldrende foreldre (Hansen og Slagsvold 2013a:131, 133).

Det er samtidig viktig å poengtere at også innen psykologien kan forskning på omsorg for partner anses som mangelfull. Studiene omfattet i stor grad partnere med sterke helsereduksjoner, først i nyere litteratur har også mindre alvorlige helsereduksjoner blitt undersøkt. På lik linje med sosiologien har samtidig hovedfokuset ligget på kvinner som omsorgsgivere, med lite fokus på mannen (Ask 2013:13). Dessuten assosierer teorien om omsorgsbyrde negative utfall. Selv om de objektive byrdene later til å virke så og si gjennomgående, framstår de subjektive ”byrdene” hos enkelte som noe mer oppløftende og meningsfullt framfor bare negative (Ohaeri 2003:458). Hansen og Slagsvold (2013) påpeker positive utfall som økt nærhet og tilfredshet av ”å være der for noen” som kan vise være aktuelt i partneromsorg, selv om dette er lite empirisk belyst.

### 2.2.2 Rollekonflikt

Når hverdagen i utgangspunktet krever mye, kan et omsorgsansvar for partner i tillegg, bidra til å komplisere håndteringen av den totale arbeidsmengden. Inkludert organiseringen og tankeprosessene som ligger bak planleggingen for at ting skal kunne gå rundt. En forklaring på hvorfor omsorg for partner kan ha betydning for graden av tilknytning til arbeidslivet, er rolleteori, som viser hvordan flere ansvarsområder i kombinasjon kan bidra til å gi en utfordrende opplevelse av situasjonen og til å øke det totale byrdeomfanget. Det å prestere og yte på jobb, og samtidig være en god forelder og ektefelle står høyt på lista. Selv om debatter om doble byrder og tidsklemmer i sosiologien generelt i all hovedsak dreier seg om yrkesaktive småbarnsforeldre, og særlig mødre, oppstår ikke slike situasjoner kun i småbarnsfasen.

Situasjoner der det stilles flere krav til de ulike forpliktelsene man innehar enn hva man greier å fylle, kan i følge Goode (1960) oppleves som belastende. I slike tilfeller antar *knapphetshypotesen*<sup>3</sup> at det oppstår en *rollebelastning*, der individet opplever følelsen av ikke å strekke til (ibid.). Flere krav kan mer spesifikt forstås som vanskeligheter med å oppfylle rolleforpliktelser knyttet til for eksempel det å være en omsorgsfull partner, sønn/datter, mor/far og arbeidskollega på samme tid. Yrkesaktive som bor med syk partner vil anslagsvis ta et større ansvar og en større del av det ulønnede arbeidet i hjemmet sammenlignet med personer uten lignende sykdomshistorie hos partner.

---

<sup>3</sup> *Scarcity hypothesis* (min oversettelse i tekst) (Goode 1960).

Tilbøyeligheten til å bidra med hjelp, henger gjerne tett sammen med disponeringen av tilgjengelig energi og ressurser. Ettersom disse gjerne er gitt og begrenset i tid, vil flere roller gi et individ desto høyere sannsynlighet og risiko for en belastende opplevelse og negative helsekonsekvenser (Goode 1960:487). Utfoldelse og full innsats både på hjemmearena og jobb kan slik fort bli for mye.

Rolleteori tar utgangspunkt i den generelle antakelsen om at institusjoner er satt sammen av ulike relasjoner av roller, med en tilnærming der både sosial handling og sosiale strukturer opprettholdes av rollebelastninger. Gjennom stadige *rolleforhandlinger* søker slik hvert individ gjennom en kontinuerlig prosess å innfri sine relasjoners ulike roller på et vis som fører til minst mulig belastning. Ettersom hvert individ konfronteres med sin egen unike sammensetning av rolleadferd, blir utfordringen hvordan hun eller han skal møte potensielle motstridende roller og fordele ressursene sine på en best mulig måte (Goode 1960:483, 485). I følge denne teorien vil man anta at yrkesaktive som gir omsorg til partner befinner seg i en klemme mellom to dels motstridende idealer; familie og arbeid. Jo flere roller, desto større er sannsynligheten for helsemessig belastning, og nedprioritering av arbeid kan være en alternativ mestringsstrategi.

Sieber (1974) beskriver senere rollebelastning til å omfatte to dels overlappende termer; (1) *rolleoverbelastning* og (2) *rollekonflikt*. Rolleoverbelastning viser til en opplevelse av belastning fordi det ikke er tilstrekkelig med tid, ressurser og/eller energi, til å oppfylle de ulike rollene som forventes på en tilfredsstillende måte. Ettersom forpliktelsene øker, vil tidsbarrieren før eller siden bli konfrontert, og aktøren velger å prioritere enkelte av rollene til fordel for andre grunnet økt belastning. Rollekonflikt framhever på sin side at bestemte roller fører med seg bestemte tilhørende forventninger. Valg av enkelte roller kan føre til motstridende forventet adferd ved andre roller (Sieber 1974:567-568). Å ha flere roller kan slik føre til både overbelastning og konflikt, der en akkumulering bidrar til å øke sannsynligheten for at tiden renner ut samtidig med å måtte konfrontere innehaende roller med kryssende forventninger. Et relevant eksempel, er å kombinere karrierefremmende arbeid med omsorg til små barn og ektefelle og samtidig hjelpe aldrende foreldre. Med utgangspunkt i teorien om rollebelastning, antas det at personer med syk partner befinner seg i en slik posisjon der omfanget av roller og forventninger som yrkesdeltakelse og omsorg for partner bringer med seg øker sannsynligheten for opplevelsen av byrde.

Rolleoverbelastning og rollekonflikt kan framstå nært assosiert, og det er liten grad av tydelig operasjonalisering eller definisjon som skiller begrepene klart fra hverandre, selv om de i utgangpunktet refererer til to ulike mekanismer. En yrkesaktiv omsorgsgivende partner kan for eksempel redusere sin rolleoverbelastning ved å redusere tiden brukt på arbeid. Rollekonflikt relateres i større grad til ulike forventninger knyttet til rollen som arbeidstaker og omsorgsgiver som kan framstå som konfliktfullt i kombinasjon. Begrepene kan likevel samlet forstås som forhold som sammen bidrar til følelsen av å være i en ”klemme” mellom flere roller og forventninger. Tid og energi til å kunne prestere tilfredsstillende i innehaende roller – som yrkesaktiv og omsorgsgiver – er sterkt knyttet opp mot forpliktelser til disse ellers i hverdagen (Marks 1977:935).

Å forene roller med omfattende forpliktelser, framstår ikke nødvendigvis som noe utelukkende motstridende og negativt i alle teorier. I følge *teorien om rolleakkumulasjon* vil en kombinasjon av ulike roller frambringe positive sider som berikelse, oppmuntring og tilgang til ulike privilegier (Sieber 1975). Det samme gjelder i *teorien om arbeid-familie berikelse* (Greenhouse og Powell 2006). Den generelle rolleteori kan forstås å ha et noe negativt syn. Flere roller kan kompensere for den eventuelle belastningen som oppstår ved å fungere som en buffer mot stress, der bekreftende opplevelser på én arena gir bekreftende og positive virkninger på en annen.

### **2.2.3 Å kombinere omsorg med arbeid**

Å inneha muligheten til å kombinere yrkesliv med omsorg for både kvinner og menn har stått sterkt i den norske likestillingspolitikken (Ellingsæter og Leira 2006). Det har hovedsakelig omhandlet omsorg for små barn, og senere også omsorg for eldre. Selv om enkelte teorier hevder at partneromsorg kan gi en positiv effekt, viser flere studier at kombinasjonen av omsorgsforpliktelser og fulltids yrkesaktivitet vanskelig lar seg opprettholde uten å møte på utfordringer på veien. Og nødvendigheten av å skulle gjøre prioriteringer i hverdagen er heller praksisen enn unntaket (Daatland m. fl. 2010; Herlofson og Ugreninov 2014; Henz 2004; Philips 1994; Ugreninov 2012). Uregelmessig tilstedeværelse på jobb, konsentrasjonsvansker og lavere deltakelse på sosiale arrangement og arbeidspromoterende aktiviteter er de hyppigst oppgitte negative effektene (Gautun og Hagen 2010; Gautun 2008b). Redusert helse (Schulz og Sherwood 2008; Kotsadam og Jakobsson 2012) og livskvalitet (Hansen og Slagsvold 2012) er også viktige forhold som kan påvirke yrkesdeltakelsen.

En måte å takle omfanget av arbeidsmengden på er å velge arbeid som er best mulig tilrettelagt behovene til personen som er omsorgsgiver og arbeidstaker. Teorien om *kompeniserende forskjeller* tar utgangspunkt i at arbeidstakere velger jobber etter hvilke goder arbeidstakeren finner attraktivt og verdsetter i den situasjonen vedkommende befinner seg i (Evensen 2006; Ugreninov 2012). Teorien knyttes i hovedsak til lønnsforskjeller, der kjennetegn ved en jobb som arbeidstaker finner lite attraktivt blir kompensert med høyere lønn, og motsatt ved at attraktive kjennetegn gir lavere lønn (Hardoy og Schøne 2004). Tesen kan imidlertid også forstås ved at kvinner og menn med omsorgsansvar for partner kan tenkes å velge bort høy lønn og fulltidsarbeid mot gode permisjonsordninger og fleksibel arbeidstid. Dette er kjennetegn de finner attraktivt, og som kan lette deres byrde av å kombinere yrkesaktivitet med omsorg i familien. Dersom personer med omsorg for partner systematisk velger arbeidsplasser med muligheter for kortere arbeidstid og mer tilfredsstillende arbeidsordninger, kan resultatet bli et skjevfordelt arbeidsmarked for uformelle omsorgsgivere.

Studien til både Gautun (2008b) og Gautun og Hagen (2010) viser at fleksible ordninger på arbeidsplassen etterspørres og anses som essensielle faktorer for å opprettholde levedyktigheten av å kombinere arbeid med omsorg for eldre. Andre alternative mestringsstrategier ser ut til tider å være periodevis skjerming fra jobb gjennom ferie-, permisjons- og sykedager. Dette til tross for at det ikke er helt i tråd med regelverket. Omsorgsgivere erfarer konflikterende relasjoner mellom omsorgsforpliktelser på den ene siden og arbeidsoppgaver på den andre, og riktig disponering av tid framstår som avgjørende. (Gautun og Hagen 2010; Gautun 2008b). Deltidsarbeidende viser større tilbøyelighet til å stille opp med omsorg sammenlignet med heltidsarbeidende (Herlofson og Ugreninov 2014:337), og de som yter mye familieomsorg arbeider mindre (Carmichael og Charles 1998; Heitmüller 2007), selv om også andre grunner påvirker årsaksretningen til utfallet. Gautun (2008a) anser det som legitimt å snakke om "den nye tidsklemme", en tidsklemme mellom omsorg og arbeid (Daatland m. fl. 2010; Gautun og Hagen 2010). Hun knytter det til kombinasjonen av yrkesaktivitet og omsorg for eldre foreldre, men partneromsorg kan anses som relevant her. Det er i dag en kjent faktor at tiden rett og slett ikke strekker til (Ellingsæter 2005).

Tross i utfordringene som gjør seg gjeldende er det få som forlater arbeidet fullt ut med omsorg som hovedbegrunnelse, selv om det er flere som frivillig eller ufrivillig kombinerer

inntektsgivende arbeid med uformell omsorg i Norge sammenlignet med andre land. Å *vurdere* en potensiell reduksjon eller avgang, er imidlertid høyst vanlig. Blant gruppen som likevel velger å trekke seg ut av arbeidslivet viser omsorg å være en viktig faktor, særlig blant kvinner. Dette gjelder imidlertid i all hovedsak personer som befinner seg tett oppunder pensjonsalder i tillegg til å representere en tung belastet gruppe (Gautun 2008b; Gautun og Hagen 2010:395, 405). Syse og kollegaer (2014) finner signifikante sammenhenger som viser at personer som har en partner som går ut av arbeidslivet tidligere enn dem selv grunnet alderdom, helse eller andre årsaker, generelt har større sannsynlighet for å framskynde utgangen fra eget arbeidsliv. Også Aks (2013) finner lignende resultater, og poengterer i tillegg at nedadgående helse og funksjonalitet hos den enkelte øker noe nettopp grunnet omsorg for partner. Det poengteres likevel at egen alder og helse utgjør to av de viktigste individuelle hovedgrunnene for egen avgang (Syse, Solem, Ugreninov, Mykletun og Furunes 2014). Mooney og Statham (2002) fant for eksempel ingen sterke indikasjoner på at arbeidstakere går av grunnet omsorgsoppgaver, selv om det kan gå utover den enkeltes velferd og personlige liv. Likevel antyder de at nedprioritering av egne behov over en lengre periode kan bidra til helseproblemer og mulig tidligere pensjonering på sikt. Blant yngre omsorgsgivere vil andre konkurrerende roller gjerne knyttet til barn, arbeid og karriere i større grad spille negativt inn på byrdeomfanget (Ask 2013:10).

Hvorvidt en person generelt velger å redusere sitt engasjement i lønnsarbeidet eller ikke, ser i følge Herlofson (2013b) også ut til å påvirkes av kjønn. I hennes studie på omsorg for aldrende foreldre, finner hun at det ofte er nettopp lønnsarbeidet som må ryke dersom yrkesaktivitet og omsorg skal kombineres – blant kvinner. Fulltidsarbeidende kvinner var mindre tilbøyelige til å bidra med omsorg sammenlignet med døtre som jobbet deltid eller ikke var i arbeid. For mange menn er det ikke et alternativ å kutte ned på arbeidet, verken av økonomiske eller kjønns spesifikke årsaker. Tilbøyeligheten til å gjøre kutt i husarbeidet ser ut til å være mer aktuelt (Herlofson 2013b:134). Kotsadam (2012:276) finner på sin side ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn i hvorvidt omsorg kan virke negativt inn på yrkesaktiviteten. Dette framkommer imidlertid blant de som gir mye omsorg. Horowitz (1985:615) finner at menn i mindre grad ser ut til å anta at de selv må oppgi noe i hverdagen (som arbeid) for å kunne yte bedre som omsorgsperson. Dette er urovekkende ettersom det fremdeles er færre kvinner i fulltids lønnsarbeid enn menn. Dette indikerer ikke bare et tidspress i hverdagen som vi var inne på tidligere, men også en potensiell ulikt fordelt organisering, ansvarsfølelse og prioritering.

## 2.3 Omsorgens forventninger, forpliktelser og kjønn

Overordnet dreier studier på omsorg og kjønn seg i all hovedsak om relasjoner der kvinnen selv spiller hovedrollen, som mødre og senere døtre. Det er likevel ikke helt uten grunn at dette har blitt tilfellet. Tradisjonelt er det først og fremst kvinnen i familien som tar det største omsorgsansvaret, og hun fremstår fremdeles som den sterkeste bidragsyteren innen omsorgsarbeid – selv om flere kvinner er i arbeid i dag enn tidligere.

Arbeidsfordelingen mellom kvinner og menn som jeg var inne på tidligere, kan også forstås som kulturelt betinget og kan forklares ut fra kjønnsideologi. Tradisjonelt sett er måten en person identifiserer seg med familierollene på bundet til kjønn. Holdninger og ideologi oppstår gjerne gjennom evaluering av adferd (Schuman 1995), og ens oppfattelse av seg selv dannes gjennom måten man tilegner seg forventninger for adferd (Stryker 1968). Å belyse kjønnsrollemønsteret kan bidra til en større forståelse av forskjeller i byrdeomfanget.

En forklaring på ulikheter mellom omsorgsmønsteret til kvinner og menn, er nettopp de ulike tradisjonelle rollene de har blitt tildelt. Kjønnsdifferensieringen som later til å eksistere innen omsorgsansvar kan relateres til familiemodellen til Parsons (1955). I hans funksjonalistiske syn på familien beskrives kvinnen som den emosjonelle og ekspressive lederen og mannen som den instrumentelle. Kvinnen tildeles slik ansvaret for hjemmet, mens mannen betraktes som innehaveren av forsørgeransvaret og bindeleddet til arbeidslivet. Det å være omsorgsfull, blir sett på som en sentral del av kvinnens identitet (Parsons og Bales 1955:22-26). Noen tiår etter Parsons understreker Chodorow (1978) og Gilligan (1982), med utgangspunkt i en psykoanalytisk tilnærming, at kjønnsforskjeller skapes gjennom sosialisering tidlig i livet. Foreldrenes dominerende roller former barnas ubevisste reproduksjon av de samme mønstrene. Mens *han* læres opp til å være uavhengig, sosialiseres *hun* til å være opptatt av følelsesmessige bånd. Lignende elementer er også gjenkjennelige i kjønnsbegrepet til West og Zimmerman (1987); *doing gender*. Disse tar midlertid utgangspunkt i at kjønn er noe som *gjøres*, samtidig med at det er noe som er sosialt produsert, framfor biologisk skapt. Slik forklares de ulike handlingene og oppgavene, som i større grad knyttes til henholdsvis mannen eller til kvinnen, å ha et kulturelt opphav i sosialt skapte normer og forventninger. Mange roller er markert av et bestemt kjønn allerede, som for eksempel hvordan det å være omsorgsgiver knyttes til kvinnen. Dette fraskriver ikke mannen det å være omsorgsgiver, men heller at det i større grad faller naturlig at kvinnen gir mest. Ved at kjønnsstilknytningen til bestemte handlinger og oppgaver skapes gjennom interaksjon med andre og aksepteres

sosialt, blir de oppfattet som naturlige og fordelingen som rettferdig. Det blir antatt at det er slik det skal være, og legitimerer på denne måten noen av de mest fundamentale inndelingene i samfunnet, som kvinner og menns ansvarsområder i familien (West og Zimmerman 1987).

Som det kommer fram av bidragene over er det ofte kvinnen som omsorgsperson som framheves og legitimeres i teori. Et resultat av dette, har blant annet vært det fraværende fokuset på mannens rolle som omsorgsgiver. I den grad han har blitt tatt i betraktning, påpeker Morgan (2004:385), blir han framstilt som generelt mindre engasjert i hverdagslige gjøremål i familien. Det er gjennomgående kvinnens sentralitet som understrekes, og forskning på feltet kan generelt kritiseres for å ha et noe ensidig fokus (Herlofson 2013a:13). Et slikt fokus kan bidra til å skape et noe skjevt bilde av kvinner og menn som omsorgsgivere, som jeg også tidligere var inn på.

Like framt er ikke det overdøvende fokuset på kvinner som omsorgsgivere ubegrunnet. Tidligere studier viser at kvinner i større grad enn menn er involvert i omsorg (Bettio og Plantenga 2008:90; Philips m. fl. 2002), og at døtre er mer engasjert i omsorgen til eldre foreldre enn sønner, særlig ved økende og mer omfattende behov (Schmid m. fl. 2012:44; Brandt, Haberkern og Szydlík 2009:593-594; Szinovacz og Davey 2013:691; Dwyer, Henretta, Coward og Barton 1992:371; Karantzas 2012:86; Laditka og Laditka 2001; Herlofson 2013a). Å være omsorgsfull antas å være en sentral del av kvinnens identitet (Walker m. fl. 1995:403; Chodorow 1987; Gilligan 1982; West og Zimmerman 1987), og hun anses å ha en større "kapasitet" til å utøve omsorg enn det menn har (Finch 1989:196). Dessuten later døtre til å være mer utholdende sammenlignet med sønner, ved at de stiller som omsorgsgivere over lengre perioder (Szinovacz og Davey 2013). Selv om de omsorgsoppgavene mannen bidrar med muligens kan løses mer effektivt (Lingsom 2007:129), og framstår som mer fleksible i hverdagen, framkommer det likevel at menn oftere er omsorgsgiver "by default" (Horowitz 1985:614-614). Det vil si, at han utøver omsorg i mangel av andre alternativer, som arbeid eller andre unnskyldninger, eller bistående individer som søsken eller partner. Campbell og Martin-Matthews (2003: 356) finner at dette er tilfellet både blant sønner som bor nærmere foreldrene sine og blant sønner som er alenebarn. For sønner uten søstre, kunne de imidlertid ikke underbygge hypotesen.

Kvinner, mødre og voksne døtre er med andre ord gruppen det i utgangspunktet knyttes flest forventninger til i en omsorgssammenheng og som i tillegg framstår å ha størst tilbøyelighet til å utøve omsorg. Det er grunn til å tro at disse kjønnsrollene i noen grad viskes ut ved



tilfelle av syk partner i et parforhold, likevel har de lagt et fundament for forståelsen av relasjonen.

### 2.3.1 Forventninger og forpliktelser

Kvinner og menn tilknyttes ulike forventninger og forpliktelser når det kommer til deltakelse og adferd i omsorgsarbeidet, og de ser tilsynelatende ut til å la seg påvirke ulikt av konteksten og ansvaret. Selv om det framkommer av tidsbruksundersøkelser at menn bruker mindre tid på lønnet arbeid og mer på husarbeid og omsorg nå enn tidligere, mens kvinner opplever en motsatt tendens (Kitterød 2012; Vaage 2012), foreligger det en rekke kjønns spesifikke forventninger om hvem som skal bidra med hva. West og Zimmerman (1987:129) hevder at handlinger og oppgaver som sosialt knyttes til kvinner og menn i hverdagen etter hvert forstås som naturlige og tatt for gitt. At kvinnen yter mer omsorg og gjør mer husarbeid, anses slik som en akseptabel ordning. Handlingen gjort av kvinnen anses ikke etter hvert bare som legitim, det skapes også en forventning om at det samme skal være tilfelle i lignende fremtidige situasjoner (West og Zimmerman 1987). Det kan derfor være grunn til å tro at kvinner i større grad enn menn kjenner på forventningen om å bidra med hjelp, både fra familien, fra sosiale nettverk og fra samfunnet generelt.

I studien til Herlofson (2013b) som undersøker hvilke forhold kvinner og menn har til det å bidra med hjelp til sine foreldre i voksen alder, yter ikke døtre bare *mer* omsorg sammenlignet med sønner når behovet for hjelp øker. De later også til å føle større *ansvar* for å yte omsorg. Det vil selvfølgelig antas at det i gitte situasjoner forventes at menn yter omsorg. Likevel later forpliktelsene og forventningene til kvinnens deltakelse i omsorgen å være langt større og mer tatt for gitt, enn det mannens deltakelse på dette område er. Silverstein, Parrott og Bengtson (1995) finner i sine analyser, at døtre påvirkes mer av emosjonell intimitet og altruisme i valget om å yte omsorg. Sønner framstår å finne motivasjon i normative prinsipper (forpliktelser) og familiær nærhet (Silverstein m. fl. 1995:475). Ettersom partner anses som et nært familiemedlem som står en følelsesmessig og emosjonelt nærmere enn foreldre, kan omfanget av den samlede byrden antas å være større for begge kjønn, men særlig for kvinner. Studier på forhold mellom foreldre og barn, viser at kontakten er enda sterkere enn ellers i relasjoner med høy grad av emosjonell fortrolighet (Rossi og Rossi 1990).

Finch (1989) hevder at det stilles større forventninger til at kvinner stiller opp, ettersom de har færre *legitime unnskyldninger* for ikke å utøve omsorg til familie enn det menn har. Hva som

anses som en akseptabel legitim unnskyldning forhandles fram gjennom en rekke kontekstuelle faktorer. Det er rett og slett en unnskyldning som tilfredsstiller ikke å ha *mulighet* til å yte omsorg, framfor ikke å *ville* yte omsorg. En akseptabel handling i den gitte konteksten, er den som generelt anses som sosialt og moralsk anerkjent i familien og i det sosiale miljøet, det være seg andre primære forpliktelser (arbeid), kompetanse, tid og avstand (Finch 1989; Finch og Mason 1993). En typisk legitim unnskyldning for ikke å være involvert i omsorg, er yrkesaktivitet. Ettersom færre kvinner er fulltidsarbeidende sammenlignet med menn, vil dette i større grad kunne gi menn mulighet til å skylde på en lang arbeidsdag enn kvinner. Kvinnen antas dermed i utgangspunktet å ha ”mer tid” til hjemlige oppgaver og omsorg, og færre unnskyldninger for å la være.

En studie av Campbell og Martin-Matthews (2003) finner imidlertid at ikke alle legitime unnskyldninger er like fruktbare, i sammenheng med menns omsorg for eldre. Geografisk avstand og tilgjengelige ressurser kunne brukes som legitime unnskyldninger (eller eventuelt barrierer), det samme var ikke tilfellet for arbeid. Finch og Mason (1993) finner på sin side at yrkesaktivitet er den mest brukte unnskyldningen for ikke å stille opp med omsorg i familien. Det begrunnes med at tiden ikke strekker til. Hvorvidt arbeid utgjør en faktisk *legitim* unnskyldning, later i større grad å være situasjonsbestemt og mer avhengig av den generelle normen i familien. Forpliktelsene og forventningene som forhandles fram utgjør mekanismene som tilrettelegger bruken av legitime unnskyldninger. Dette legger føringer for når det er greit ikke å hjelpe for kvinner og for menn (Finch og Mason 1993:112). En rekke moralske forpliktelser legger føringer for familiemedlemmer, særlig for de i den nære sirkel (Finch 1989:187).

Det er også interessant å trekke inn, at velferdsstaten i Norge fremmer en *dobbel likestillingsmodell*, særlig relevant for småbarnsfasen, men interessant i denne sammenheng knyttet til arbeidsfordelingen i hjemmet. Målet er en familie med ikke bare to inntektsbringende kilder, men også to omsorgsbringende kilder (Ellingsæter og Leira 2006). Et likestillingsprosjekt som innebærer å få menn mer involvert i hjemmet, og rokke ved de tradisjonelle kjønnsrollene. Dette skal legge grunnlag for en ”ny, og mer emosjonelt involvert, maskulinitet”, som Aarseth (2011:24) uttrykker det. Både Herlofson (2013b) og Herlofson og Ugreninov (2014) studerer den mer familieinvolverte mannen videre, og undersøker hvorvidt omsorgsfulle fedre også er omsorgsfulle sønner. Dette finner ikke artikkelforfatterne støtte for. De finner at menn som i større grad praktiserer likedeling av husarbeid i hjemmet er

mindre – framfor mer – tilbøyelige til å bidra med hjelp til foreldre. Sammenlignet med menn som praktiserer en mer tradisjonell arbeidsdeling, der kvinnen gjør mer. Studiene later med andre ord til å støtte det tradisjonelle kjønnsrollemønsteret. Interessant nok viser tilgjengeligheten og disponeringen av tid å ha mer å si. Blant menn var det en negativ sammenheng mellom husarbeid og hjelp, mens blant kvinner befant den negative sammenheng seg mellom *yrkesaktivitet* og hjelp, som jeg har vært inne på tidligere. Det kan med andre ord antas at kvinner i større grad enn menn anser reduksjon i tiden brukt på arbeid som et alternativ dersom kombinasjonen av omsorg og arbeid skal opprettholdes. Ettersom dette er en undersøkelse basert på tverrsnittdata, vil det imidlertid være vanskelig å fastslå det sistnevnte med sikkerhet.

Samtidig er det et gjennomgående funn i tidligere forskning at kvinner og menn selv til dels har svært ulike oppfatninger om hvordan arbeidsdelingen foregår i hjemmet. Kvinnen har i særlig høy grad blitt framhevet knyttet til omsorgsrelaterte arbeidsoppgaver og framstår generelt som dominerende i det feltet (Szinovacz og Davey 2013:672; Horowitz 1985; Brody 1981:474). Like fullt er det i dag en klar oppfatning om at omsorg relatert til foreldreskap ikke bare er morskap men også farskap (bl.a. Brandth og Kvande 2003; Aarseth 2011). Horowitz (1985) finner at døtre i langt større grad enn sønner yter ”hands-on” omsorg til foreldre. Dette innebærer oppgaver som å lage mat, gi personlig pleie, gjøre husarbeid, skyssse, gjøre ærend og bidra med annen støtte når denne blekner fra andre instanser. Sønner bidrar mer med vedlikeholdsoppgaver, finansielle spørsmål og organiseringen av annen type praktiske nødvendigheter. Både sønner og døtre rapporterer imidlertid om å gi emosjonell støtte, selv om døtre rapporterer om en anelse mer (Horowitz 1985; Brody 1981:474; Wenger 1997:8; Laditka og Laditka 2001; Karantzas 2012:86). Mer kjønnsnøytrale oppgaver, som transport og innkjøp, antas i mindre grad å påvirke den daglige yrkesaktiviteten negativt (Campbell og Martin-Matthews 2003:356).

Ettersom man har et felles ansvar for husholdningen og hverandre, vil det i parforhold mest sannsynlig i mindre grad være et spørsmål *om* det skal utøves omsorg eller ikke, og legitime unnskyldninger som avstand vil ikke være like relevant. Slik sett vil det ikke være å forvente at kjønnsulikhetene knyttet til omsorgsoppgaver vil bidra med fullt så store utslag i byrdeomfanget. Omfanget av helsereduksjon hos syk partner vil samtidig være avgjørende for hvor stor grad øvrige omsorgstilbud inkluderes, som vil kunne spille inn på organiseringen. Allerede eksisterende legitime unnskyldninger og normer kan likevel være med på å skape

tatt for gitte forventninger knyttet til omsorg som er forskjellig fra mann til kvinne. At kvinner og menn i utgangspunktet later til å stille med ulike forventninger til hvorvidt og hvor mye omsorg som skal utøves, både fra andre i sine sosiale omgivelser og gjennom egen fortolkning, vil kunne legge føringer for hvor mye omsorg som gis til syk partner, hva som anses som omsorg og på hvilke måter eller til hvilke grader de blir påvirket av situasjonen. Lingsom (1997:129) finner at villigheten og evnen til å påta seg et omfattende omsorgsansvar er noe lavere blant menn enn blant kvinner, og at forventningene til å utøve omsorg i tillegg er noe svakere. Horowitz (1985:615) finner at kvinner i større grad rapporterer om at omsorgsforpliktelser er en stressende erfaring enn hva menn gjør. Slik sett vil det kunne antas at kvinner kan oppleve mer press og en større forventning om å stille opp for sin syke partner, mens menn kanskje heller i større grad opplever anerkjennelse for omsorgsarbeidet de gjør, og en forståelse av eventuelt å dra mer nytte av øvrige omsorgstilbud. Kvinner kan derfor anslagsvis kunne oppleve situasjonen og arbeidsmengden som mer omfattende og utfordrende. Dette kan også i tillegg være med på å forme *hva* som faktisk anses som omsorg blant kvinner, menn og forskere, og føre til en potensiell systematisk under- eller overrapportering blant kjønn og bidra til å skape et skjeve kjønnsbilde. Erfaringene og konsekvensene av å utøve omsorg til egen partner varierer, og er avhengig av omfanget av helsereduksjonen hos syk partner (Biegel, Sales og Shulz 1991), og situasjonen man generelt befinner seg i.

## 2.4 Oppsummering og antakelser hypoteser

På bakgrunn av de teoretiske perspektivene og de empiriske bidragene jeg har skissert i dette kapitlet, har det blitt utledet antakelser jeg vil trekke med videre i de senere analysene. I et forsøk på å svare på forskningsspørsmålene introdusert i første kapittel, vil disse antakelsene testes mot det empiriske materialet i denne undersøkelsen.

Velferdsstaters omsorgsstrategier kan være med på å forklare generelle tilnærminger til organiseringen av den uformelle omsorgen i hjemmet, og hvilke forventninger som kan knyttes til det offentlige tjenesteapparatets rolleomfang. Substitusjonshypotesen framstår som en rimelig forklaring på samspillet mellom familie og stat, men gir likevel ingen tilfredsstillende forklaring alene på byrdeomfanget av omsorg for syk partner. Rollekonflikthypotesen synes å være en god forklaring på hvorfor omsorg kan framstå som en byrde, og hvordan det kan ha en negativ virkning på arbeid generelt. Å kombinere arbeid med

omsorg kan raskt bli et spørsmål om prioritering av stridende roller og ulike forventninger, som kan resultere i kutt på ansvarsområdene. Relatert til mitt første forskningsspørsmål, nemlig om det er en sammenheng mellom individers yrkesdeltakelse og omsorg for syk partner, utleder jeg følgende hypotese

*H1: Det er en negativ sammenheng mellom yrkesdeltakelse og omsorg for syk partner*

Både rolleteori og andre empiriske bidrag presiserer at *tid* utgjør et viktig forhold som kan knyttes til yrkesdeltakelse. At tiden tilgjengelig og personen selv ikke strekker til på alle områder og er nødt til å prioritere, synes å være en god forklaring på hvorfor omsorg kan framstå som en byrde og påvirke andre områder i hverdagen, som nettopp arbeid. Relatert til mitt andre forskningsspørsmål, hvorvidt det er en sammenheng mellom omsorg for syk partner og tid brukt på arbeid, antar den andre hypotesen derfor

*H2: Det er en negativ sammenheng mellom tid brukt på arbeid og omsorg for syk partner*

For å konkretisere de to første hypotesene antar jeg en negativ sammenheng mellom omsorg for syk partner og yrkesdeltakelse både blant personer som bor med syk partner og som hjelper syk partner.

Teorien om omsorgsbyrde antar at negative sammenhenger også av emosjonell karakter og generell velvære ikke kan utelukkes å bidra med negative helserelaterte forklaringer hos omsorgsutøver. Dessuten påviser flere empiriske bidrag at kombinasjonen av omsorg og arbeid kan være utfordrende for den psykiske og fysiske helsen, og virke negativt på opplevelsen av situasjonen og prioriteringen av roller.

Muligheten til å påvirke arbeidsdagen gjennom fleksible ordninger og fleksitid har videre en sammenheng med tilgjengelig tid i hverdagen. Derfor antar jeg at manglende tilgang på fleksible ordninger på arbeidsplassen også bidrar til færre arbeidstimer i uken. Jeg antar en lik negativ sammenheng blant par med barn boende i husholdningen, ettersom en uheldig tidsklemme kan oppstå i en slik situasjon, særlig i perioden der barna er i ung alder. Det kan være utfordrende å yte omsorg for barn samtidig med å gi omsorg til partner.

Ettersom personer med redusert helse i utgangspunktet antas å ha lavere yrkesdeltakelse, kan dette påvirke mine resultater, da det slik blir vanskelig å trekke ut hva som fører til hva.

Derfor antar jeg i tillegg at personer med allerede nedsatt helse har en lavere tilknytning til arbeidsmarkedet.

I mitt tredje forskningsspørsmål lurer jeg på om kvinner og menn tilpasser seg ulikt i arbeidsmarkedet i tilsvarende omsorgssituasjon. Bidragene over, viser at det fremdeles er knyttet ulike forventninger til kvinner og menn i omsorgsansvar. Selv om stadig flere kvinner befinner seg i inntektsgivende arbeid, ser det tradisjonelle rollemønsteret i stor grad til å stå ved like. Kjønnbestemte praksiser og forventninger både forsterkes og reproduseres gjennom historiske og sosiale relasjoner og samfunnsstrukturer, og gir utslag i ulike handlingsmønstre og sosialisering inn i ulike roller. Flere tatt for gittheter later å knyttes til kvinnen som omsorgsgiver. Dette kan skape et større press og andre samt flere forventninger som kan være en del av årsaken til at studier foreløpig finner tendenser til at omsorg i større grad framstår som en byrde for kvinner enn hva som er tilfellet for menn. For å konkretisere forskningsspørsmålet ytterligere, belyser hypotese 3 derfor sammenhengen mellom omsorg og arbeid for kvinner og menn

*H3: Kvinner som gir omsorg til syk partner viser mer negative mønstre knyttet til yrkesdeltakelse enn hva menn viser i samme situasjon*

Mange av forskningsbidragene i dette kapittelet baserer seg på omsorg for eldre foreldre framfor omsorg for partner spesifikt. Ettersom man i et parforhold er nærmere hverandre både fysisk og psykisk, vil det ikke utelukkes at sammenhengene og kjønnsmonstrene framkommer enda tydeligere.

Avslutningsvis er det verdt å påpeke visse utfordringer knyttet til begrepet omsorg. For det første handler det om operasjonaliseringen av *typen* omsorg som gis. Det finnes ikke et gjennomgående standardmål på omsorg, som gjør at studier finner sammenhenger mellom ulike definisjonen gjeldende både intensitet og hvilken type oppgaver det er snakk om. For det andre har hoveddelen av forskningen på feltet tatt utgangspunkt i kvinner, og da gjerne med utgangspunkt i omsorgsoppgaver som i hovedsak knyttes nettopp til kvinner. Operasjonaliseringen kan med andre ord oppleves som noe enkjønnet. Samtidig kan man også spørre seg hvor god indikasjon tid, som ofte brukes som et mål på omsorg, eller tall i seg selv, forteller om de helhetlige sammenhengene knyttet til omsorg. Det vil ikke være utelukkende å anta at utøvelse av omsorg kan spille inn på en rekke andre områder også av en større emosjonell karakter.

## 3 Data, utvalg og empirisk strategi

Formålet med dette kapittelet er å redegjøre for datagrunnlaget og forskningsdesignet som brukes i denne undersøkelsen. Jeg diskuterer styrker og svakheter ved materialet, og gjør rede for restriksjoner og operasjonaliseringer av variabler valgt ut for å undersøke hypotesene jeg har utredet. De ulike statistiske analysemetodene som tas i bruk beskrives avslutningsvis.

### 3.1 Utvalgsundersøkelsen LOGG

Jeg benytter meg av variabler hentet fra levekårsundersøkelsen *Livsløp, generasjon og kjønn 2007/2008* (Life cOurse, Generation and Gender, LOGG), som jeg har blitt tildelt fra NSD gjennom en easy-to-use-fil. LOGG er en stor utvalgsundersøkelse med hovedtema knyttet opp mot familie og generasjonsforhold, arbeid og pensjonering og helse og omsorg. Felles for disse temaene er orienteringen mot endringer og overganger i livet (NOVA 2012:9). Utvalgsenheterne i LOGG er individer, som også ble spurt om å gi informasjon om andre medlemmer i husholdningen, noe som gjør det mulig å få informasjon om partner. Dette er unikt ved LOGG og gjør materialet særlig passende til det jeg ønsker å studere.

Undersøkelsen ble gjennomført av Statistisk sentralbyrå (SSB) og Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), og er en kombinasjon av telefonintervju, postalt spørreskjema og registerdata. LOGG er sammensatt av to store studier som temaer og intervju spørsmål er hentet ut ifra. Den ene er den internasjonale undersøkelsen *Generations and Gender Survey* (GGS), som er en del av forskningsprogrammet til FN om generasjon og likestilling, *Generations and Gender Programme* (GGP). Den andre er den norske longitudinelle undersøkelsen *Livsløp, aldring og generasjon* (NorLAG), med oppfølging hvert femte år. Første innhentningsrunde var i 2002/2003 med et nettoutvalg på 5589 personer i alderen 40-79 år (Bjørshol, Høstmark og Lagerstrøm 2010:5). LOGG ble gjennomført i 2007/2008, som en del av NorLAG2, hvor et større nasjonalt tilleggsutvalg i alderen 18-79 år ble inkludert. LOGG setter slik et bredere søkelys på voksenlivet for befolkningen i ulike deler av landet, med et nettoutvalg på 25 973 personer (Bjørshol m. fl. 2010:5; NOVA 2012:9), som bidrar til å øke representativiteten og generaliserbarheten til videre funn.

Datainnsamlingen til LOGG ble fullført i 2008, og responsraten for telefonintervjuene var 59,6 % (N=15 140). Relevant data fra telefonintervjuer inkluderer informasjon om nasjonal arbeidsdeling, selvrapportert helse og jobbkarakteristika som arbeidstimer, sektor og arbeidsordninger. I etterkant har supplerende informasjon fra offentlige administrative registre som omfatter hele befolkningen i Norge blitt koblet på, som bidrar til variabler med god reliabilitet. Dette gir et bredt spekter av materiale som gir utgangspunkt for konstruksjoner av nærmest komplette livshistorier innen utdanning, yrkesaktivitet og barnefødsler. Et mål med gjennomføringen av LOGG, har vært å utnytte det fulle potensialet til registrene, som også har bidratt til å begrense belastningen på respondentene (Bjørshol m. fl. 2010:9). Registerdataene inneholder relevant informasjon om familiehistorie, utdanning, alder og kjønn. Denne undersøkelsen utelater spørsmål stilt i det postale spørreskjemaet, ettersom de er mindre relevante og har lavere svarprosent.

En snau tredjedel av utvalget stammer fra første runde av NorLAG. Felles for hele utvalget er en stratifisering etter alder, kjønn og bosted, og tilfeldig trekning blant kvinner og menn i alderen 18-84 år. Disse er bosatt i 30 kommuner i Norge, valgt ut blant annet etter kriterier som folkemengde, levekårsindeks, forholdet mellom andel eldre og unge og tettbygdhet (Bjørshol m. fl. 2010:5, 9). Personene som ble trukket ut fikk tilsendt et tilpasset informasjonsbrev og andre opplysninger som i sin helhet bidro til å kunne gi informert samtykke til å delta i undersøkelsen. Av nettoutvalget etter fratrekk av ulike typer avganger ble 24 830 personer trukket ut til videre telefonintervju. Svarprosenten kom på drøyt 60 prosent, som utgjør et nettoutvalg på 14 892 personer.

### **Frafall og skjevheter**

De største frafallene i undersøkelsen kan knyttes til alder og utdanning. Svarprosenten er lavest blant de yngste (18-39 år) og de eldste (70-79 år). Det ser ut til å være en negativ sammenheng mellom alder og tilgjengelighet, ettersom det er vanskeligere å komme i kontakt med respondenter jo yngre de er. De eldste var på sin side i større grad enn andre forhindret til å delta, i tillegg til manglende ønske om deltakelse. Denne eldste aldersgruppen er imidlertid ikke relevant for mine analyser, og eventuelle problemer knyttet til skjevheter i denne delen av utvalget påvirker ikke mine resultater. Videre kommer det fram at svarprosenten blant respondenter med universitets- og høyskoleutdanning ligger på 72,9 prosent, tilsvarende har under halvparten av de med fullført grunnskoleutdanning deltatt (47,2 %). Svarprosenten er



lavest blant respondenter i kategorien ”Uoppgitt eller ingen utdanning”. Utover nevnte frafall, er det ingen nevneverdige skjevheter for nettoutvalget av telefonintervjuene, og det konkluderes med et representativt utvalg (Bjørshol m. fl. 2010). En nærmere beskrivelse av design, utvalgsprosedyrer og frafall finnes i Bjørshol og kollegaer (2010).

## 3.2 Utvalgsrestriksjoner

Motivasjonen for denne undersøkelsen er å studere sammenhengen mellom omsorg for partner og tilknytningen og tilpasningen til yrkeslivet, med spesielt fokus på mønstre blant kvinner og menn. Dette undersøkes gjennom to analyser, og fører med seg enkelte restriksjoner i utvalget.

Jeg er interessert i *kombinasjonen* av omsorg og arbeid hos respondenten, og forskningsspørsmålet mitt tar utgangspunkt i sammenhenger mellom individer som lever i parforhold. Dersom en person blir pleietrengende i såpass høy grad, at vedkommende får et behov som går utover det som kan tilbys av omsorg fra familie og andre i hjemmet, vil et alternativ være delvis eller helt å flytte inn i en type omsorgsbolig eller institusjon. Det vil da være å forvente at den hjelpetrengende i større grad har umiddelbar tilgang på den nødvendige omsorgen. Dette kan bidra til å lette på omsorgsansvaret til partner, som slik i større grad vil ha mulighet til å tilpasse sin hverdag og inkludere andre aktiviteter, som arbeid. For i større grad å kontrollere for slike faktorer, inkluderer jeg kun partnere som bor sammen, og som lever i en samlivsform av typen giftemål eller samboerskap. Motivasjonen for å inkludere samboere, er den økende gjennomsnittsalderen for første ekteskap, og at samboerskap i høy grad ser ut til å erstatte tidlige ekteskap i Norge. Særlig i ung alder framstår samboerskap som den dominerende samlivsformen (Noack og Lyngstad 2010; Noack 2001). Samboerskap kan mulig anses som et mindre ”sterkt” bånd mellom to personer. Partners reduksjon i helse har imidlertid allerede inntruffet ved innhentningen av datamaterialet, således anses ikke dette som særlig problematisk. Registrert partnerskap<sup>4</sup> velger jeg av metodiske grunner å utelate, da det gjør det vanskelig å gjøre et skille mellom mann og kvinne i parforhold.

Alder er viktig når det kommer til spørsmål om yrkesaktivitet, omsorg og helse. Det er en faktor som kan vise til hvor man er i livsløpet, og har til tider en avgjørende virkning på mulighetene til disponering av egen tid. Har man en syk partner på vei ut av arbeidslivet, kan

---

<sup>4</sup> Personer som oppgir å leve i registrert partnerskap utgjør i alt 18 respondenter av hele utvalget i LOGG.

man i høyere grad vurdere mulighetene for førtidspensjonering. Midt i livet, vil andre forhold virke inn. Ettersom jeg kun er interessert i den yrkesaktive andelen av utvalget, settes den øvre aldersrestriksjonen til 66 år, da man fra og med fylte 67 år kan ta ut full alderspensjon. Siden mulighetene er åpne for å starte uttaket av alderspensjon allerede ved fylte 62 år (NAV 2014), er det grunn til å forvente eventuelle endringer blant de yrkesaktive allerede i perioden før pensjonering. Familien anses som en essensiell del av livet, og vil derfor forventes å virke inn på spørsmål knyttet til om og når partneren går av i pensjon (Matthews og Fisher 2012; Syse m. fl. 2014). Ektefeller velger i høyere grad å førtidspensjonere seg mer eller mindre samtidig sammenlignet med tidligere (Hutchens og Dentinger 2005).

Den nedre aldersrestriksjonen settes til 25 år, for å unngå seleksjon av partnere som fremdeles jobber med å fullføre utdannelsen sin og som ikke ennå er aktive på arbeidsmarkedet. I tillegg er forekomsten av å bo med en syk partner betydelig lavere. Dette gir meg et aldersspenn på kvinner og menn fra 25 til 66 år, som jeg mener belyser faser av livet som kan være av betydning for ulike valg i yrkeslivet knyttet til det å ha en syk partner. Folks generelle engasjement i samfunnslivet er normalt sett også størst nettopp i denne perioden med høyest grad av yrkesaktivitet, og de største omsorgs- og arbeidsforpliktelser befinner seg i dette spennet (Langsether og Lømo 1997:8). Restriksjonene gjelder for begge analyseutvalg, og gir meg et underutvalg på 8465 personer i analyse 1, 4257 kvinner og 4208 menn (se figur 3.1).

I analyse 2 studerer jeg sammenhenger mellom tiden brukt på arbeid og omsorg for syk partner. Ettersom jeg her kun er interessert i de yrkesaktive i utvalget, utelates individer som ikke er i arbeid. Underutvalget i analyse 2 utgjør en andel på 7273 personer, henholdsvis 3572 kvinner og 3701 menn (se figur 3.1).

Figur 3.1: Utvalgsoversikt etter utførte restriksjoner

<b>Hele utvalget i LOGG</b>		
Personer i alderen 18-84 år N = 14 892 (7545 kvinner og 7347 menn)		
<b>Underutvalg I - Analyse I</b>		
Samboende i alderen 25-66 år N = 8465 (4257 kvinner, 4208 menn)		
<b>Underutvalg II – Analyse II</b>		
Yrkesaktive samboende i alderen 25-66 år N = 7273 (3572 kvinner og 3701 menn)		

## 3.3 Empirisk strategi

I denne delen av kapittelet redegjør jeg for operasjonaliseringen av de ulike variablene som benyttes i analyse 1 og 2. Undersøkelsen baserer seg på ett datasett, og to ulike analysemodeller med hver sin tilhørende avhengige variabel. Kontrollvariablene vil være de samme, med inkludering av to nye variabler i analyse 2 for å spesifisere arbeidsforhold.

### 3.3.1 Avhengige variable

Hvilke typer tilpasninger i yrkeslivet man er villig til å ta for å kombinere arbeid med omsorg på hjemmebane kan studeres på ulike måter. Det er ofte knyttet til arbeidsmarkedsstatus, inntekt og tiden brukt på arbeid gjennom timer eller type ansettelse (deltid/heltid). Denne undersøkelsen velger en løsning ved å gjennomføre to analyser. I analyse 1 undersøker jeg sammenhengen mellom yrkesdeltakelse og omsorg for syk partner, der den avhengige variabelen er hvorvidt respondenten er i arbeid eller ikke. I analyse 2 undersøker jeg sammenhengen mellom yrkestilpasning og omsorg for syk partner, der den avhengige variabelen er tiden brukt på arbeid målt gjennom antallet timer i uken. Under vil hver av de presenteres i tilsvarende rekkefølge.

#### Yrkesaktivitet

I analyse 1 er den avhengige variabelen dikotom, og kodet 1 om man ikke er i arbeid. Den yrkesaktive andelen utgjør referansegruppen, og gir meg slik mulighet til å undersøke hvordan de som er i arbeid skiller seg fra de som ikke er i arbeid i sammenheng med omsorg for syk partner. For å begrense hva som omfatter å være i arbeid, inkluderes kun positive svar på spørsmålet om å være yrkesaktiv dersom respondenten har vært på jobb den siste uken før innhenting av datamaterialet fant sted (i 2007/2008). Respondenter som var midlertidig borte grunnet ferie, avspasering og sykdom beholdes i den yrkesaktive gruppen, og utgjør en liten andel på 7,4 prosent. Det samme gjelder personer som var midlertidig borte grunnet svangerskaps- og fødselspermisjon, barneomsorg og lignende. Det kan framstå som noe uheldig ettersom de befinner seg i en annen arbeidsmarkedssituasjon sammenlignet med de som ikke er ute i permisjon. Å hjelpe partner kan potensielt være enklere, eller må i mindre grad kombineres med faste arbeidstider. Samtidig vil det gi feil indikasjoner dersom disse blir plassert i gruppen som ikke er i arbeid. Lærlinger og respondenter under utdanning er inkludert i gruppen som ikke er i arbeid, og utgjør en andel på 16,2 prosent. Dette gir meg et

utvalg på totalt 8465 individer, hvorav 86,7 prosent (7338 individer) regnes som yrkesaktive og 13,3 prosent (1127 individer) regnes som ikke aktive på arbeidsmarkedet (se tabell 3.2).

Tabell 3.2. Status på arbeidsmarkedet for hele utvalget.

<i>Yrkesaktivitet 2007/2008</i>		
	N	%
Ikke i arbeid	1127	13,3
I arbeid	7338	86,7
Total	8465	100,0

Tabell 3.3 gir tydelige indikasjoner på at antallet individer som ikke er i arbeid, er betydelig lavere sammenlignet med antallet yrkesaktive. Verdiene varierer noe fra Arbeidskraftundersøkelsen fra 2015 (SSBa). At utvalget har en høyere andel sysselsatte, skyldes mest sannsynlig et mer sentrert utvalg rundt livsfasene som gir høyest sannsynlighet for å være i arbeid.

Tabell 3.3. Prosentvis fordeling av kvinner og menn i utvalget etter aktivitet på arbeidsmarkedet.

<b>Yrkesdeltakelse</b>				
	Ikke yrkesaktiv		Yrkesaktiv	
	Kvinne	Mann	Kvinne	Mann
<i>Omsorg</i>				
Har syk partner	25,2	27,1	17,2	17,2
Hjelper syk partner	4,1	6,1	2,4	3,0
Har barn boende i husholdningen	42,4	30,7	70,0	66,2
<i>Individuelle kjennetegn</i>				
Egenrapportert dårlig helse	46,5	50,3	15,2	13,6
Alder 25-35 år	16,1	7,4	25,2	20,8
Alder 36-45 år	17,6	10,4	32,1	30,8
Alder 46-55 år	18,2	12,9	25,8	26,4
Alder 56-66 år	48,2	69,3	16,9	22,0
Har jevn gammel partner	66,8	65,8	69,8	72,6
Har eldre partner	28,0	3,2	27,4	3,6
Har yngre partner	5,2	31,1	2,9	23,8
<i>Utdanning</i>				
Grunnskole	32,1	28,3	14,3	14,2
Videregående	44,8	55,8	39,3	49,4
Høyere utdanning	23,1	15,9	46,4	36,4
N	654	473	3603	3735

## Tid brukt på arbeid

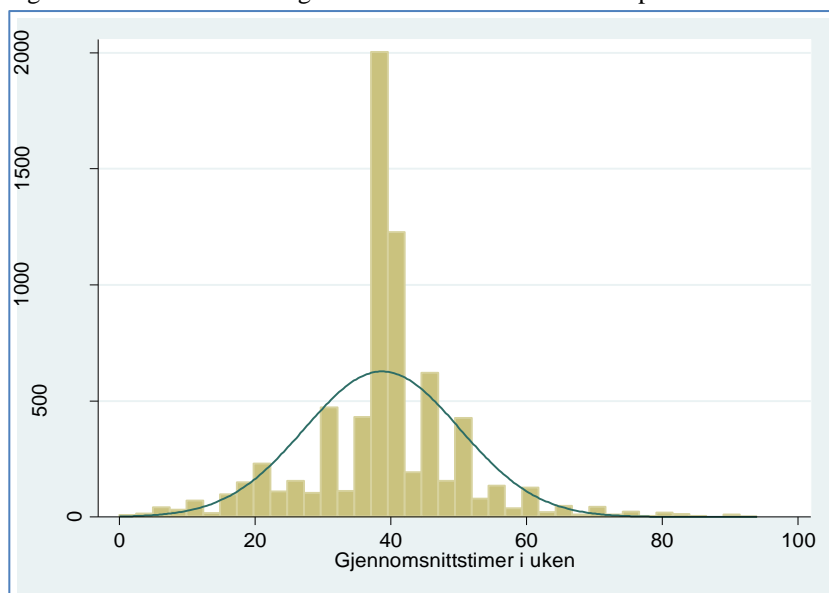
Analyse 2 benytter en kontinuerlig variabel for å studere sammenhengen mellom omsorg for syk partner og tiden brukt på arbeid. Hver respondent er blitt spurt om å oppgi hvor mange timer i uken de vanligvis bruker på inntektsgivende arbeid, både i hoved- og bijobb totalt. Framfor å se på ulike konfigurasjoner av deltid, heltid og overtid som ikke er en uvanlig organisering i lignende undersøkelser, måler variabelen i denne studien gjennomsnittsforskjeller i antallet timer. En grunn til å måle timer brukt på arbeid utover den primære arbeidsplassen, er for også å kunne inkludere de respondentene som potensielt ser seg nødt til å arbeide utover den ordinære arbeidstiden av økonomiske årsaker eller av andre grunner. Å bruke et tidsperspektiv, framfor et økonomisk perspektiv som inntekt, gjør det i større grad mulig å si noe om hvor mye tid en faktisk har tilgjengelig, ettersom omsorg gjerne går hånd i hånd med den tidsmessige organiseringen av hverdagen.

Tabell 3.4. Gjennomsnittlige timer bruk på arbeid i uken fordelt på utvalget.

<i>Timer brukt på inntektsgivende arbeid i uken</i>				
	Gjennomsnitt (t)	Maks (t)	N	N %
Kvinne	34,4	90	3572	49,1
Mann	42,9	94	3701	50,9
Total	38,7	94	7273	100,0

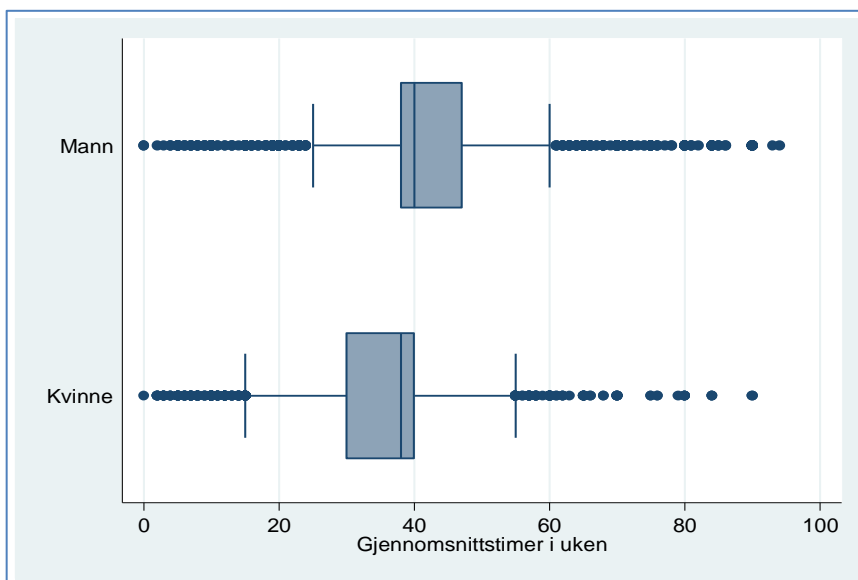
Som det framkommer av tabell 3.4 varierer observasjonene opp mot maksimumsverdien på 94 timer i uken for menn. Slike uteliggere bidrar til å gi en noe høyreskjev frekvensfordeling vist i figur 3.4, ettersom det er få målte observasjoner der gjennomsnittet ligger såpass høyt.

Figur 3.4. Frekvensfordeling som viser antallet timer brukt på arbeid i uken i gjennomsnitt.



Figur 3.5 gir et mer detaljert bilde av den ukentlige tidsbruken for kvinner og menn vist et box plot. Boksen i midten viser alle målte observasjoner innen 25 og 75 prosent, og inneholder halvparten av observasjonene. Boksen er omtrent like vid for både kvinner og menn, og viser således en konsentrert distribusjon for begge grupper om hvert deres gjennomsnitt, som ligger rett over 40 timer for menn, og noe under for kvinner. Observasjonene for kvinner varierer altså omtrent like lite som for menn. Det er verdt å merke seg at hoveddelen til boksen til kvinnene ligger under medianen, mens boksen til mennene ligger i større grad over. Prikkene som strekker seg utover linjene, viser at det likevel er en relativ andel med høyere og lavere timeantall enn gjennomsnittet i distribusjonen. Kort oppsummert viser figur 3.5 en relativt konsentrert fordeling av kvinner og menn rundt hvert deres gjennomsnitt.

Figur 3.5. Boks plot på den kontinuerlige avhengige variabelen for kvinner og menn separat.



### 3.3.2 Forklaringsvariabler

*Kjønn* utgjør en viktig forklaringsvariabel for å undersøke ulikheter i tilpasningen til arbeidslivet blant kvinner og menn med syk partner, som jeg tidligere var inne på. Omsorgsforskningen har i tillegg i lang tid primært omfattet kvinner, og det i seg selv er grunn nok til å inkludere menn i undersøkelsen. Kjønn benyttes som en dummyvariabel, der kvinner er kodet 1 og menn er kodet 0. Jeg utfører separate analyser for kvinner og menn i alle analyser, og benytter to forklaringsvariabler som kontrollerer for omsorg for syk partner.

## Omsorgsvariable for partner

En kompliserende faktor for å studere og å sammenligne omsorg for syk partner er operasjonaliseringen av hva det innebærer å gi omsorg og hvordan syk en person trenger å være. I tillegg til at det i utgangspunktet er få studier som undersøker omsorg for partner spesifikt, opereres det med ulike definisjoner i sammenheng med omsorg for eldre. Jeg har valgt å bruke to variabler for å undersøke om det er en sammenheng mellom å ha omsorg for syk partner og yrkesdeltakelse.

Variabelen *har syk partner* er organisert som en dummyvariabel, der respondenter som ikke har en syk partner er kodet 0 og utgjør referansegruppen. Det er en sammensatt variabel der respondenten rapporterer inn på vegne av partner. Ettersom partners helse slik blir en subjektiv tolkning av respondenten, har jeg inkludert flere lignende spørsmål i et forsøk på å fange opp flest mulig relevante individer innen sykdomskategorien. Partneren kategoriseres som syk dersom respondenten har svart ja på minimum én av følgende fem tilfeller 1) ”Partner med langvarig sykdom”, 2) ”Partner med langvarig begrensende sykdom”, 3) ”Partner med ADL<sup>5</sup> behov”, 4) ”Partner med IADL<sup>6</sup> behov” eller 5) ”Husholdsmedlemmer med langvarig sykdom”. Sistnevnte er kun tilfelle dersom det gjelder husholdsmedlemmer som faller innunder kategorien *partner*<sup>7</sup>. Ved tilfelle 2) må respondenten ha svart bekreftende på enten ”Ja, i stor, noen eller liten grad” eller ”Langvarig sykdom, men ikke begrensende”. Ved tilfelle 3) og 4) må respondenten ha svart ja på enten ”Partner med begrensninger men ikke ADL/IADL” eller ”Partner med ADL/IADL behov”. Ved en slik organisering får jeg et antall på 1554 individer av hele utvalget, som utgjør 18,2 prosent.

Variabelen *hjelper syk partner* er også organisert som en dummyvariabel, der respondenter som ikke hjelper syk partner har verdien 0 og utgjør referansegruppen. Denne variabelen tar dels utgangspunkt i variabelen *har syk partner*, og dels andre spørsmål. Respondenter hjelper sin syke partner dersom vedkommende faller innunder verdien 1 på variabelen *har syk partner*, og samtidig svarer ja på enten 1) ”Hjelper partner” eller 2) ”Hjelper husholdsmedlem<sub>1-3</sub>”. Sistnevnte er kun tilfelle dersom det gjelder husholdsmedlemmer som

---

<sup>5</sup> ADL (eng.: activities of daily living) inkluderer de ferdigheter som må til for å kunne utføre daglige aktiviteter som gjør at en kan ta vare på seg selv på en selvstendig måte. Inkludert blant andre kontroll over bevegelighet, sanser og sosiale ferdigheter for å kunne stå opp, komme seg rundt, kle på seg, spise og lignende.

<sup>6</sup> IADL (eng.: instrumental activities of daily living) inkluderer de ferdigheter som gjøres utøver ADL som støtter opp mot en uavhengig livsstil. Dette kan være matlaging, bruk av data og telefon, finansiell organisering og lignende.

<sup>7</sup> Jf. i delkapittel 3.2

faller innunder kategorien *partner*<sup>8</sup>. Som vist i krystabellen i tabell 3.6 hjelper 252 respondenter syk partner. En noe høyere andel menn enn kvinner rapporterer om å hjelpe syk partner, både i og utenfor arbeid.

Tabell 3.6. Krystabell over kvinner og menn i og utenfor arbeid som hjelper syk partner

<i>Andel som hjelper syk partner</i>				
	Hjelper syk partner			
	Ikke i arbeid		I arbeid	
	N	%	N	%
Kvinne	27	4,1	85	2,4
Mann	29	6,1	111	3,0
<i>Total</i>	<i>56</i>		<i>196</i>	
				<i>252</i>

Det er ikke urimelig å anta en underrapportering av hjelp som gis til partner, ettersom hjelp innad i et parforhold kan oppleves som mindre framtreddende og eksplisitt sammenlignet med for eksempel hjelp som gis til en forelder. Å inngå premisser i et forhold for bedre å tilpasse hverdagen, ved for eksempel en enighet om at den ene alltid handler og støvsuger ettersom dette er noe den syke partneren har problemer med å gjennomføre, vil ikke nødvendigvis innrapporteres som hjelp. Lignende ansvarsoppgaver hos en forelder kan oppleves mer eksplisitt, og med større sannsynlighet havne i samme kategori. Hva som defineres som hjelp kan også vike fra mann til kvinne, etter hva de er vant med å gjøre fra før og hva som forventes. Tross i svakheter som disse, er det likevel interessant å se at gjennomgående flere menn oppgir å hjelpe syk partner enn kvinner, som henholdsvis også tilsvarer en høyere relativ prosent sammenlignet med menn som ikke hjelper i samme situasjon.

Det er få respondenter som oppgir å bo med syk partner og som oppgir å hjelpe vedkommende. Jeg anser likevel gruppene som store nok til å inkluderes videre i analysene, selv om det kan hende at det kan oppstå tilfeller av uheldige virkninger på signifikansverdier.

### 3.3.3 Uavhengige variable

Jeg inkluderer også en rekke kontrollvariabler som jeg antar kan påvirke sammenhengene mellom avhengig variabel og forklaringsvariable.

<sup>8</sup> Jf. delkapittel 3.2



## Egenrapportert dårlig helse

Mål på *egenrapportert dårlig helse* benyttes for å gi en indikasjon på om det er en sammenheng mellom arbeidsaktivitet og dårlig helse. Variabelen er organisert som en dummy der respondenter som rapporterer om god helse er kodet 0 og utgjør referansegruppen. Alle respondenter ble stilt følgende spørsmål ”*Vil du si at din helse nå stort sett er: Utmerket, meget god, god, nokså dårlig eller dårlig?*”. Respondenter som rapporterer om nokså dårlig eller dårlig helse er kodet 1.

Flere studier viser at det er en sammenheng mellom omsorg og helseproblemer (kitterød og Rønsen 2012:660). Personer som gir omsorg viser seg oftere enn andre å ha dårligere fysisk og psykisk helse (Schulz og Sherwood 2008; Kotsadam og Jakobsson 2012:191). Særlig pleie av egen partner viser seg å ha større negative konsekvenser for livskvaliteten generelt (Hansen og Slagsvold 2013).

Å benytte subjektive mål på helse er ikke uvanlig, men det fører med seg visse bekymringer. Særlig knyttet til studier der man ønsker å sammenligne individer på tvers av ulike grupper, som er tilfellet her, ettersom det kan forekomme systematiske forskjeller i rapporteringen. Individers subjektive forståelse av egen helse knyttes nært opp til interaksjon med andre, og vil med det være avhengig av blant annet sosioøkonomisk status. Noen studier indikerer at personer med lav utdanning har en mer belastende og stressende hverdag som påvirker deres forståelse og rapportering av egen helse sammenlignet med de med høyere utdanning (Huisman, van Lenthe og Mackenbach 2007). Likevel viser enkelte nordiske studier til at individer med lavere sosioøkonomisk status ikke nødvendigvis synes å overestimere egenrapportert dårlig helse spesielt (Elstad, Dahl og Hofoss 2006; Burström og Fredlund 2001). Variabelen benyttes med utgangspunkt i overnevnte som et valid mål på helse.

## Individuelle kjennetegn

*Barn boende i husholdningen* kan virke inn på omfanget av omsorgsansvar og arbeid. På den ene siden, kan det bidra til et potensielt mer omfattende omsorgsansvar dersom barnet er ungt i tillegg til at respondenten har en syk partner. På den andre siden, kan eldre barn bidra til å lette på ansvaret i samme situasjon. Barn i hjemmet kan også kunne korrelere med yrkesaktivitet, særlig blant kvinner. Variabelen er konstruert som en dummy, der respondenter som svarer ja på følgende ”*Har barn (egne, stebarn, fosterbarn) i husholdningen*”

*fulltid/deltid*” er kodet 1. Referansegruppen står uten barn. Antallet barn og alder har selvfølgelig en betydning for situasjonen, imidlertid anser jeg det mer hensiktsmessig kun å se på barn boende i eller utenfor husholdningen som en eventuell styrke eller en byrde.

Respondentene i utvalget er alle i yrkesaktiv alder, spredt mellom 25 og 66 år. I et forsøk på å beskrive dette relativt store alderspennet noe bedre, konstruerer jeg fire dummyer etter *aldersgrupper*; 1) 25-35 år, 2) 36-45 år, 3) 46-55 år (referansegruppe) og 4) 56-66 år. En slik organisering gir meg mulighet til å skille mellom individer som befinner seg i ulike faser i livet, som kan gi en mer naturlig forklaring på blant andre tilknytning til arbeid og forekomsten av helseproblemer generelt, ettersom dette ofte korrelerer med ulike alderskohorter. Det samme gjelder respondentens *relative alder til partner*. Denne variabelen konstrueres som tre dummyer etter aldersvariasjonen mellom par; 1) *ynge partner*, 2) *jevngammel partner* (referansegruppe) og 3) *eldre partner*. Dummyene er organisert slik, at dersom respondenten har en jevngammel partner, er denne opp til fire år yngre eller eldre enn respondenten selv. Yngre partner er slik fem år yngre eller mer, mens eldre partner er tilsvarende minimum fem år eldre. Personer med eldre partner, særlig tett opp mot pensjonsalder, er ofte korrelert med tidligere utgang fra arbeidslivet.

*Utdanningsvariablene* konstrueres som tre dummyer, basert på høyeste fullførte utdanning; 1) *grunnskole*, 2) *videregående skole* (referansegruppe) og 3) *universitets- eller høyskoleutdanning* på lavere eller høyere nivå. Hensikten med å inkludere utdanningsvariable er utdanning anses som en viktig forklaringsfaktor for graden av yrkesdeltakelse, og for å forklare forskjeller mellom grupper når det kommer til livsstil, holdninger og andre strukturelle egenskaper (Langsether og Lømo 1997:25, 75).

Alle variablene beskrevet i gjeldende avsnitt *Individuelle kjennetegn* er registeropplysninger hentet inn og koblet på datamaterialet i etterkant. Data om respondentens utdanningsnivå er hentet inn fra Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB).

## **Jobbkarakteristika**

Kjennetegn ved arbeidssituasjon kan spille inn på mulighetene for å påvirke egen arbeidssituasjon og tidsmessig tilpasning. Variabelen *privat sektor* organiseres som en dummy, der respondenter som arbeider i offentlig sektor har verdien 0 og utgjør referansegruppen. Privat sektor inkluderer alle de som oppgir å arbeide innenfor personlig eid

firma, aksjeselskap, organisasjon eller lignende, samt alle selvstendig næringsdrivende. Offentlig sektor består tilsvarende av respondenter som arbeider i kommunal, fylkeskommunal eller statlig virksomhet. Arbeidssektoren man er ansatt i kan bringe med seg ulike rammebetingelser. Arbeidsplasser i offentlig sektor kjennetegnes ofte som mer familievennlige med tryggere rammebetingelser og gode ansettelsesforhold sammenlignet med de i privat sektor. Også mer fleksible, men under gitte arbeidsforhold. Å være borte fra arbeid i privat sektor forbindes i større grad med høyere risiko, ettersom lønn oftere baseres på innsats og bonusordninger. Å prioritere arbeid vil dermed ikke anses som en fremmed tanke. I tillegg arbeider flere menn i privat sektor sammenlignet med kvinner.

Variabelen *ingen fleksible ordninger* konstrueres også som en dummy, der respondenter som oppgir å ha tilgjengelige fleksible ordninger på arbeidsplassen er kodet 0 og utgjør referansegruppen. Denne gruppen inkluderer de som har svart ja på minimum ett av følgende spørsmål ”Gir din arbeidsgiver mulighet for fleksibel arbeidstid?” eller ”Gir din arbeidsgiver mulighet for å organisere arbeidstiden slik at du kan ta fri hele dager?”. De som er selvstendig næringsdrivende er også inkludert i denne gruppen. En arbeidssituasjon som gir mulighet for fleksibilitet kan antagelig lette på kombinasjonen av arbeid og omsorg. Potensielle turer til lege eller behov for å gi personlig støtte kan slik i større grad gjøres når det passer og når det er nødvendig.

## 3.4 Statistiske metoder

Som det framkommer omfatter denne undersøkelsen to ulikt organiserte avhengige variable, som legger grunnlag for å benytte to ulike metodiske tilnærminger. Først presenterer jeg logistisk regresjon som benyttes i analyse 1, og deretter lineær regresjon som benyttes i analyse 2.

### 3.4.1 Logistisk regresjon

Den avhengige variabelen i analyse 1 måler sannsynligheten for å være aktiv på arbeidsmarkedet eller ikke. Det metodiske valget faller derfor på logistisk regresjonsanalyse, da den er godt egnet til å estimere regresjonskurver i tilfeller der avhengig variabel er kvalitativ og dikotom for teoretisk å nærme seg kausale sammenhenger mellom X og Y (Mood 2010:67; Acock 2012:299). Alle de uavhengige variablene er egnet for analysen og

inkluderes, utenom de arbeidsspesifikke, da ikke alle i utvalget er yrkesaktive. I analyse 1 ønsker jeg å utvide forståelsen av sammenhengen mellom omsorg for syk partner og sannsynligheten for å være i arbeid.

Koeffisientene i en logistisk modell estimeres ved hjelp av Maksimum Likelihood metoden. Denne velger de estimatene som gjør det mest sannsynlig at modellen frembringer de observerte verdiene (0 og 1) til avhengig variabel (Tuft 2000:24). Den logistiske regresjonsligningen kan uttrykkes slik:

$$\text{Logit}(\tilde{A}) = \ln\left(\frac{\tilde{A}}{1 - \tilde{A}}\right) = b_0 + b_1s_1 + b_2s_2 \dots + b_ns_n + \varepsilon$$

Formelen viser logaritmen av oddsen (logiten) for forekomsten av å være i arbeid.  $\tilde{A}$  er den forventede andelen med verdien 1 på avhengig variabel for en gruppe med bestemte verdier på de uavhengige variablene. Tolkningen av sannsynligheten for at  $\tilde{A}=0$  og for at  $\tilde{A}=1$  i logistisk regresjon oppgis fortrinnsvis i lys av odds. Oddsraten til koeffisientene oppgir hvor mye større eller mindre oddsen for et utfall er ved én enhets økning på den avhengige variabelen. Siden oddsligningen er multiplikativ, måles denne effekten som en relativ økning, og ikke en absolutt. Jeg tar i bruk en lineær logitligning, som lett beregnes om gjennom Stata.  $b_0$  viser den gjennomsnittlige logiten til konstantleddet, når alle de uavhengige variablene i modellen har verdien 0.  $b_1$  angir hvor mye logiten endres når syk partner variabelen  $s_1$  stiger med en verdi i modellen og de andre uavhengige variablene holdes konstant. Følgelig viser  $b_n$  hvor mye logiten endres når den tilhørende uavhengige variabelen  $s_n$  stiger med en verdi. Hver variabel har en tilhørende stigningskoeffisient.  $\varepsilon$  betegner restleddet, som viser til uobserverte variasjoner i modellen og varierer i verdi fra observasjonsenhet til observasjonsenhet (Skog 2010).

Dersom jeg hadde benyttet meg av en ordinær lineær regresjonsanalyse, ville det oppstått ugunstige virkninger av den avhengige variabelens binære sammensetning, i tillegg til at den ville brutt med dens forutsetninger. Regresjonsanalyse kalkulerer alle variable over en lineær skala beregnet på gjennomsnittsverdier, og predikerer sammenhenger både over, under og imellom 0 og 1. Kausal tolkning av logistisk regresjon forutsetter at kurven som benyttes for å beskrive sosiale fenomener må gi en korrekt beskrivelse av den empiriske sammenhengen (Skog 2010:380). Dette gjøres ved å bruke en ikke-lineær modell, en s-kurve. Slik predikeres estimator for hvorvidt sannsynligheten er større for at et forhold skal inntreffe sammenlignet

med at den ikke skal inntreffe. Logistisk regresjon predikerer mer realistiske resultater og er mer teoretisk relevant relatert til det jeg ønsker å finne ut noe om (Tuft 2000:16). Å bruke variabler med dummykodinger vil for øvrig passe fint til kurveformene i dataene, da dummyvariabler ikke forutsetter noen regularitet i endringer i hvorvidt man er i arbeid eller ikke (Skog 2010:388).

Den andre forutsetningen for logistisk regresjon, er at observasjonene i utvalget skal være uavhengige av hverandre (Skog 2010:380). Ettersom LOGG er basert på et enkelt sannsynlighetsutvalg og utvalget er tilfeldig trukket i de aktuelle regionene i Norge, tilfredsstilles kravene om sjanselighet og uavhengighet observasjonene imellom.

Som siste forutsetning for å nærme seg kausale forklaringer, ligger det en forventning om at det ikke skal finnes bakenforliggende variabler i analysen. De skal verken være årsak til sannsynligheten for å være i arbeid ( $\tilde{A}$ ) eller være korrelert med syk partner ( $s_1$ ) (eller de resterende uavhengige variablene). Det er en utfordring å skaffe seg den totale oversikten for hver observasjon, og denne siste forutsetningen vil dermed være brutt i mesteparten av forskning (Skog 2010:380). Omsorg og helse spesielt, assosieres med utfordringer knyttet til yrkesdeltakelse (Kitterød og Rønsen 2012; Kotsadam og Jakobsson 2012), i kontekst av en rekke andre korrelerte individuelle kjennetegn. I et forsøk på å unngå bakenforliggende variabler som kan føre til konfunderende sammenhenger på arbeidsmarkedstilknytningen, inkluderes relevante kontrollvariabler i modellen. Alle analyser gjennomføres også med og uten egenrapportert dårlig helse.

Prisen å betale ved å bruke logistisk regresjon, er at resultatene ikke gir en umiddelbar mening, og kan være noe vanskelig å fortolke og å formidle videre. Det er likevel fint mulig å si noe om retningen til sannsynligheten. Nok en ulempe, er manglende mulighet til å sammenligne modeller på tvers. Dette grunnet den uobserverte heterogeniteten som forklares gjennom variasjonen i den avhengige variabelen forårsaket av foreløpige uobserverte variabler (Mood 2010:67).

### **3.4.2 Lineær regresjonsanalyse**

Analyse 1 gir altså en indikasjon på hvordan det å ha en syk partner kan påvirke sannsynligheten for å være aktiv på arbeidsmarkedet. Analyse 2 ønsker jeg å bruke som en videre spesifisering av spørsmålsstillingen blant de som fremdeles er i arbeid ved

måletidspunktet. Her belyser jeg sammenhengen mellom å ha syk partner og yrkestilpasning, målt ved antallet timer brukt på arbeid i uken. Ettersom den avhengige variabelen er kontinuerlig på forholdstallsnivå, anses lineær regresjonsanalyse som en passende strategi. Den kalkulerer alle variable over en lineær skala beregnet på gjennomsnittsverdier, som sammenfaller med egenskapene til den avhengige variabelen.

Parameterestimaterne i en lineær regresjon estimeres etter den metoden som antas å gi de mest pålitelige resultatene; minste kvadratsums metode (OLS<sup>9</sup>). Estimaterne som beregnes forventes å være forventningsrette<sup>10</sup> og den statistiske usikkerheten i metoden anses å være minst mulig (Skog 2010:223). Den generelle multiple regresjonsligningen kan uttrykkes slik:

$$\tilde{T} = b_0 + b_1s_1 + b_2s_2 \dots + b_ns_n + \varepsilon$$

Formelen viser det forventede antallet timer brukt på arbeid ( $\tilde{T}$ ) kontrollert for syk partner ( $s_1$ ) og for hjelper syk partner ( $s_2$ ), samt en rekke andre uavhengige variable. Til forskjell fra logistiske modeller, kan sannsynligheten for at  $\tilde{T}=0$  og for at  $\tilde{T}=1$  tolkes direkte ut av modellen som antallet timer flere eller færre som arbeides i uken.  $b_0$  betegner det gjennomsnittlige timeantallet ( $\tilde{T}$ ) når alle uavhengige variabler ( $s_n$ ) i utvalget har verdien 0 i modellen.  $b_1$  angir hvor mye timeantallet ( $\tilde{T}$ ) endres når syk partner ( $s_1$ ) har verdien 1, gitt at de andre variablene holdes konstante. Slik gjør metoden det mulig å se sammenhengen mellom antallet timer og hver enkelte uavhengige variabel, kontrollert for de øvrige. Følgelig viser  $b_n$  endringer i timeantallet ( $\tilde{T}$ ) når tilhørende uavhengig variabel ( $s_n$ ) øker med én enhet. Hver variabel har en slik tilhørende stigningskoeffisient.  $\varepsilon$  betegner restleddet, som viser til alle uobserverte faktorer som påvirker tidsbruken ( $\tilde{T}$ ), men som peker på en variasjon som ikke er tatt med i modellen.

På likt vis som logistiske modeller bygger på noen forutsetninger for å nærme seg kausale forklaringer, gjør også OLS dette. De er relativt like, men med et litt annet fokus. For det første, forutsettes det at regresjonskurven er en rett linje (Skog 2010:237), og ikke s-kurveformet. Nå er det få sosiale sammenhenger som kan anses som direkte lineære, imidlertid vil modellene i fleste tilfeller være gode nok som en tilnærming. Andre forutsetning knyttes til restleddvariasjonen, som omhandler de uforklarte variasjonene i avhengig variabel, altså timeantallet ( $\tilde{T}$ ). Det er snakk om tre potensielle variasjoner som skal forsøkes unngås.

---

<sup>9</sup> Oversatt fra engelske "ordinary least squares", forkortet til OLS også på norsk.

<sup>10</sup> Estimerer sentrert rundt den konkrete populasjonsverdien.

Innledende byr forutsetningen på lik utbredelse av observasjoner av den uavhengige variabelen langs med regresjonslinjen; homoskedastisitet framfor heteroskedastisitet. Følgende forutsettes det at en beregning av restleddet for hver observasjonsenhet skal gi en normalfordeling, i tillegg til uavhengighet restleddene imellom. Sistnevnte innebærer et fravær av systematisk variasjon over tid grunnet korrelasjon med uobserverte faktorer, autokorrelasjon (Skog 2010). Dette utgjør et større problem dersom dataene man arbeider med består av gjentatte målinger av samme enhet. Ettersom jeg benytter meg av én innsamling av LOGG som utgjør et tverrsnitt, selv om studien i utgangspunktet er longitudinell langs med bestemte variable, vil ikke uavhengighetsforutsetningen være av betydning i denne undersøkelsen. Gjeldende forventningen om både homoskedastisitet og normalfordeling av restleddet, vil feilmarginene være mindre i modellene jo større utvalg. Siden utvalget som benyttes i denne oppgaven inneholder et relativt forsvarlig antall observasjoner, vil følgelig heller ikke disse to forutsetningene skape særlig bekymring.

Tredje og siste tilnærming til en kausal forklaring, forventer at det ikke skal finnes bakenforliggende variabler i analysen. Forutsetningen er prinsipielt lik den tredje forutsetningen for logistiske modeller, men som det videre framgår er forutsetningen i denne sammenhengen relatert opp mot restleddets ( $\varepsilon$ ) korrelasjon med den avhengige variabelen ( $\tilde{T}$ ). Dette innebærer at det ikke skal finnes bakenforliggende årsaksfaktorer til tiden brukt på arbeid ( $\tilde{T}$ ) som samvarierer positivt eller negativt med verken syk partner ( $s_1$ ) eller hjelper syk partner ( $s_2$ ) (Skog 2010:253). Som tidligere nevnt, vil det være en utfordring å klare å fange opp alle observasjoner som kan spille inn på variablenes potensielle konfunderende sammenhenger. Tid brukt på arbeid er gjennomgående sterkt kjønnsfordelt, og omsorg og helse antas å påvirke særlig negativt. Ved å kontrollere for en rekke relevante variabler i en multippel regresjon, etterstreber man i større grad problemet.

En fordel ved å bruke OLS ulikt fra logistisk regresjon, er muligheten til å kunne sammenligne på tvers av modeller. Ved kontroll for nye variabler, kan én og én variabel introduseres av gangen, noe som gjør det mulig å bestemme så nøyaktig som mulig hvordan hver årsaksfaktor virker inn på timebruken (Mood 2010:72).

I begge analyser oppgis standardfeil, som angir feilmarginen til hvert enkelt estimat.

### 3.4.3 Signifikanstester

Hovedhypotesen i denne undersøkelsen, er at det å ha en partner med redusert helse har en negativ sammenheng med yrkesdeltakelsen og -tilpasningen til respondenten. Motsatt er nullhypotesen at det *ikke* er noen sammenheng mellom omsorg for syk partner og aktiviteten på arbeidsmarkedet. For å undersøke hvorvidt estimatene som rapporteres er resultater av tilfeldig variasjon eller ikke, testes nullhypotesen etter bestemte signifikansnivåer av sikkerhet. Det brukes fastsatte kritiske verdier hvoretter signifikansnivået beregnes ut ifra, oppgitt i form av z-skårer i logistisk regresjon, og t-verdier i OLS. Ved de vanligste signifikansnivåene som benyttes må de kritiske verdiene overstige 95 prosent, 99 prosent og 99,9 prosent for at sannsynligheten for signifikante koeffisienter skal være høye nok til å forkaste nullhypotesen (Skog 2010:156, 174). Grunnet relativt få observasjoner i enkelte underutvalg, har jeg i tillegg valgt også å benytte meg av signifikansberegninger ned til et kritisk nivå på 90 prosent, også kalt ”grensesignifikans”. Grensesignifikansnivået tar utgangspunkt i antakelsen om at muligheten for påvist statistisk signifikans vil være til stede ved et større utvalg. Altså at det er relativt lite variasjon som skal til før observasjonene vil befinne seg rett under eller rett over terskelverdien på 90 prosent (Johansen, Karterud, Pedersen, Gude og Falkum 2004). Dersom variable ikke er statistisk signifikante i analysen, tilsier det ikke uten videre at de er urelevante, men heller at de ikke er av særlig betydning i denne modellen spesifikt, eller at det kan skyldes tilfeldigheter.

Det finnes flere metoder for testing av modellenes forklaringskraft i STATA. I analyse 1, bruker jeg log pseudo likelihoodverdiene som oppgis i hver tabell. Dette er et mål som sier noe om hvor stor forklaringskraft modellen har, altså hvor godt de ulike modellene beskriver datamaterialet gjennom andelen av variasjon som forklares. Testen grunnes på en sammenligning av en full modell med en tom modell basert på nullhypotesen. Jo lavere verdier likelihoodfunksjonene viser, jo høyere forklaringskraft har modellen (Skog 2010:375, 419). I logistisk regresjon finnes det i tillegg en kjikvadratfordelt testobservator som bygger på størrelsen  $-2 * \log \text{likelihood} (-2LL)$ , som kan brukes til å teste grupper av koeffisienter. Testobservatoren viser med andre ord forskjellene mellom  $-2LL$  for en modell uten en gruppe koeffisienter ( $K - H$ ) og en modell med alle koeffisienter ( $K$ ), kjikvadratfordelt med  $H$  frihetsgrader:

$$X_H^2 = -2LL_{K-H} - -2LL_K$$



Dersom testobservatoren overstiger den kritiske verdien på 0,05 nivået, vil konklusjonen være at modellen inkludert de ekstra koeffisientene gir en signifikant forbedring sammenlignet med modellen med færre koeffisienter (Ringdal 2009:417, 418).

I analyse 2, benytter jeg den multiple korrelasjonskoeffisienten  $R^2$ , som beskriver hvor stor andel av variasjonen i den avhengige variabelen som forklares av de uavhengige variablene i modellen (Skog 2010:225). Forklart varians benyttes som et mål på hvor god regresjonsmodellen er (Ringdal 2009:370, 371).

#### **3.4.4 Arbeid, omsorg og egen helse**

Forutsetningene til de empiriske strategiene jeg velger å benytte i denne undersøkelsen understreker utfordringer knyttet til utelatelse av eventuelle bakenforliggende variabler som kan ha konfunderende effekter på ulike sammenhenger i modellene. Dette etterstrebes gjennom kontroll for antatte relevante uavhengige variabler. Nok et relatert problem, er utfordringer knyttet til mulig samvariasjon *mellom* variabler i modellene.

Det eksisterer en generell negativ assosiasjon mellom omsorg og deltakelse i arbeidsmarkedet. Individer kombinerer arbeid og omsorg gjerne på bekostning av karriereaspekter, fritid og tid brukt på arbeid, med inntekt som kommer i tillegg (Heitmueller 2007). Av relevans for denne oppgaven, er tilfellet om hvorvidt individer som identifiserer seg med denne typen kategorier faller fra arbeidsmarkedet helt eller delvis for i større grad å engasjere seg i omsorg for partner, eller om engasjementet i omsorgsansvaret i større grad grunner i fravær av arbeidsmuligheter i utgangspunktet – eller selvseleksjon inn i dårlig egenhelse. Og finner personer med redusert helse seg partnere med lignende helsenivå i den forstand kråke søker make? Datamaterialet gir ikke mulighet til å skille hva som inntraff først.

Disse tidsaspektene kan forbindes med problemkomplekset om hvilken variabel som slo inn først, som viser til endogenitetsproblematikken. Ideelt sett er det av interesse å basere studien på flere innhentninger av datamateriale, for å kunne kontrollere for endringer gjennom for eksempel å utføre en first differens analyse. For den eldste alderskohorten i LOGG, for de som er 40 år og eldre, eksisterer det som nevnt en tidligere innhentning fra 2002/03 (NorLAG1), i tillegg til den det opereres med i denne undersøkelsen (NorLAG2). Ved bruk av dataene fra NorLAG1 mister jeg imidlertid muligheten til å inkludere respondenter yngre enn 40 år, ettersom disse først ble inkludert i 2007/2008. Jeg har gjennomgående hatt et ønske

om også å ha med den yngre delen av utvalget, da disse er lenger unna pensjonsalder og presenterer muligvis også andre interessante forhold. Derfor har jeg valgt kun å forholde meg til én innhentning gjennom LOGG 2007/2008, og videre kun utføre analyser som gir en pekepinn på mulige *sammenhenger* mellom faktorer og ikke *endringer* disse imellom.

Studien til Kotsadam (2012) benytter ulike instrumentvariabler for å håndtere seleksjonsproblemer som nevnt over, og finner på sin side at det å være omsorgsyter i Norge ikke reduserer yrkesaktivitet, lønn eller antall arbeidstimer. Ved å differensiere på type omsorg og intensitet (antall timer og hvor ofte) finner han likevel en kausal negativ effekt på yrkesdeltakelse blant de som gir uformell omsorg av høy intensitet. Man kan med andre ord nærme seg utfordringer knyttet til endogenitet på ulike måter, med ulike resultater. Uansett er det en utfordring å kontrollere fullstendig for endogenitet. Ettersom jeg ikke bruker tilgjengelig data innsamlet over tid, forsøker jeg å nærme meg problemet gjennom å undersøke hvorvidt helse kan føre til ulike utfall i modellene ved å gjennomføre alle analyser med og uten egenvurdert helse. Selv om å undersøke hvorvidt helse bidrar til endringer i modellene ikke kan gi meg konkrete svar på årsaksretningen, ser jeg dette likevel som hensiktsmessig i et forsøk på å ta høyde for aktualiteten av den potensielle selvseleksjon av respondentene i datamaterialet i den grad det lar seg gjennomføre.

## 4 Beskrivende statistikk

I dette kapitlet gir jeg en kortfattet beskrivelse av og oversikt over fordelingen på variablene og utvalgene i datamaterialet. Mønstrene som framkommer gir meg også informasjon som kan være nyttig i tolkning av analysene senere. I del 6.1 presenteres kjennetegn ved kvinner og menn som befinner seg i og utenfor arbeidsmarkedet, som utgjør analyseutvalg 1. I del 6.2 presenteres kjennetegn ved den yrkesaktive andelen, som utgjør analyseutvalg 2. I tillegg til å skape et helhetlig bilde av utvalget, er hensikten å undersøke potensielle signifikante ulikheter mellom gruppene langs med bestemte variable. En slik oversikt kan gi et innblikk i mulig seleksjon av individer inn i bestemte valg tilknyttet yrkesdeltakelse og eventuelle andre seleksjonsproblemer som kan påvirke utfallet av analysene senere. Det er særlig relevant gjeldende fordelingen av andelen med egenrapportert dårlig helse, alder og utdanning. Dette er viktig, i og med at omsorg for partner ikke kan anses som en eksogen hendelse, og det er grunn til å anta at også andre forhold er med på å påvirke arbeidsmarkedstilknytningen. Dessuten er hensikten med den beskrivende statistikken å avdekke potensielle ulikheter mellom kvinner og menn særlig knyttet til det å ha en syk partner og omsorg for ham eller henne, samt langs med andre viktige kjennetegn relevant for undersøkelsen. Videre følger en detaljert beskrivelse av resultatene i tabell 4.1 og 4.2.

### 4.1 Kvinner og menn i og utenfor arbeid

Tabell 4.1 viser beskrivende statistikk for kvinner og menn i analyseutvalg 1. Dette inkluderer samboende som står i og utenfor arbeidsmarkedet, og tilsvarende utvalget som skal studeres i analyse 1. Utvalget består av 8465 personer mellom 25 og 66 år, der en andel på 50,3 er kvinner og 49,7 prosent er menn.

I analyse 1 undersøker jeg sammenhenger mellom kombinasjonen av å være i arbeid og å ha omsorg for syk partner. I utvalget står 15,4 prosent kvinner utenfor arbeidsmarkedet, og tilsvarende 11,2 prosent menn. Arbeidskraftundersøkelsen fra 2014 (SSB 2015b), viser en prosentandel som tilsvarende noe lavere for kvinner og noe høyere for menn<sup>11</sup>. I og med at Arbeidskraftundersøkelsen også inkluderer personer som både er yngre og eldre enn

---

<sup>11</sup> 15,5 prosent kvinner og 13,3 prosent menn.

respondentene som inkluderes i dette utvalget, er det naturlig at andelene ikke er helt sammenfallende. Det anses med andre ord ikke å virke negativt inn på representativiteten, og heller ikke som skjevfordelt i forhold til populasjonen.

Når det kommer til variabler knyttet til *omsorg*, er det ikke en helt ubetydelig andel på 18,4 prosent kvinner som rapporterer om å bo i lag med en partner de definerer som syk, sammenlignet med kvinner som ikke rapporterer om lignende helsereduksjon hos partner. Det er interessant å se at andelen menn som rapporterer om det samme utgjør en mer eller mindre like stor andel på 18,3 prosent. En liten andel på 2,6 prosent av kvinnene i utvalget oppgir å hjelpe sin syke partner, blant menn svarer prosentandelen til 3,3. Gruppene er relativt små, men likevel store nok til å gjennomføre analysen. Tilsvarende godt over halvparten av kvinnene har barn boende i husholdningen (62,3). Det samme er tilfellet for menn med en andel på 62,2 prosent sammenlignet med menn som ikke har barn i husholdningen.

Egenrapportert dårlig *helse* er en viktig faktor for ikke å være i arbeid, men den kan også påvirkes av partners helse og vice versa. Tabellen viser at 20,0 prosent av kvinnene i utvalget vurderer sin helse som dårlig, som tilsvarer litt over 2 prosentpoeng høyere enn andelen menn (17,7 %).

Jeg tar for meg et relativt bredt spekter av *aldersgrupper* i utvalget, som innebærer at de ulike respondentene i de ulike alderskohortene befinner seg i ulike deler av livsløpet, selv om alle er i yrkesaktiv alder. Dette virker av naturlige årsaker inn på fordelingene i utvalget, ved for eksempel at flere eldre ikke er i arbeid grunnet helse og tidligere avgang, og lignende og andre årsakssammenhenger knyttet til alder for de øvrige kohortene. Tabellen viser at de ulike aldersgruppene utgjør en andel på om lag 20-30 prosent hver av hele utvalget. Blant kvinner utgjør den eldste aldersgruppen den laveste andelen (21,7 %), etterfulgt av gruppen på 25-35 år (23,8 %), 46-55 år (24,7 %) og 36-45 år (29,9 %). Blant menn er det en noe høyere andel eldre og noe færre yngre. Den laveste andelen er den yngste gruppen blant menn (19,3 %), etterfulgt av aldersgruppen 46-55 år (27,3 %), 56-66 år (27,3 %) og 36-45 år (28,5 %). Menn i utvalget er med andre ord fordelt med færre yngre og flere eldre, mens fordelingen av kvinner sentrerer seg i noe høyere grad rundt de som befinner seg midt i livet. Tilsvarende statistikk over personer i yrkesaktiv alder, viser også til en noe jevnere aldersfordeling blant kvinner enn blant menn (SSB 2015c).

Gjennomgående i hele utvalget utgjør respondenter med jevn gammel partner den største andelen både blant kvinner og blant menn, med henholdsvis 69,3 og 71,8 prosent. Flere kvinner har en eldre partner (27,5 %) og flere menn har tilsvarende en yngre partner (24,6 %). Gjenstående har en lav andel på 3,2 prosent av alle kvinner en yngre partner, mens 3,6 prosent av alle menn har en eldre partner. Sistnevnte grupper er relativt små, som kan gi utslag på analysene.

Hva gjelder *utdanning* viser tabellen at andelen med grunnskole som høyeste fullførte utdanning er den klart minste gruppen både blant kvinner (17,1 %) og blant menn (15,8 %). For øvrig viser utdanning å variere mellom kjønn, ettersom en høyere andel kvinner har høyere utdanning enn hva som er tilfellet blant menn. Hele 42,8 prosent kvinner har høyere utdanning, etterfulgt av 40,1 prosent som har videregående som høyeste fullførte utdanning. Blant menn er det i underkant av 10 prosentpoeng færre som har høyere utdanning (34,1 %), mens om lag halvparten har videregående som høyeste fullførte (50,1 %).

Tabell 4.1. Beskrivelse av analyseutvalg 1 som inkluderer alle i yrkesaktiv alder.

<i>Analyseutvalg 1</i>				
	Kvinne		Mann	
	%	N	%	N
<i>Omsorg</i>				
Har syk partner	18,4	784	18,3	770
Hjelper syk partner	2,6	112	3,3	140
Har barn boende i husholdningen	62,3	2 654	62,2	2 618
<i>Individuelle kjennetegn</i>				
Egenrapportert dårlig helse	20	852	17,7	745
Alder 25-35 år	23,8	1 011	19,3	813
Alder 36-45 år	29,9	1 272	28,5	1 198
Alder 46-55 år	24,7	1 050	24,9	1 047
Alder 56-66 år	21,7	924	27,3	1 150
Har jevn gammel partner	69,3	2 951	71,8	3 022
Har eldre partner	27,5	1 169	3,6	151
Har yngre partner	3,2	137	24,6	1 035
<i>Utdanning</i>				
Grunnskole	17,1	726	15,8	666
Videregående	40,1	1 708	50,1	2 109
Høyere utdanning	42,8	1 823	34,1	1 433
<i>Arbeidsforhold</i>				
Ikke yrkesaktiv	15,4	654	11,2	473
N	50,3	4 257	49,7	4 208

## 4.2 Yrkesaktive kvinner og menn

Tabell 4.2 viser beskrivende statistikk for kvinner og menn i analyseutvalg 2, som kun inkluderer respondenter aktive på arbeidsmarkedet, og kan slik sett forstås som en spesifisering av analyseutvalg 1<sup>12</sup>. Av utvalget utgjør menn en andel på rett over halvparten, mens 49,1 prosent er kvinner. I analyse 2 er jeg interessert i variasjoner i tiden brukt på arbeid i sammenheng med omsorg for partner. Tabellen viser at menn bruker i gjennomsnitt 42,9 timer i uken på inntektsgivende arbeid, bijobb inkludert. Kvinner bruker betydelig mindre tid på arbeid, og har et gjennomsnitt på 34,4 timer totalt. Timegjennomsnittene ligger noe over landsbasis viser statistikk fra SSB (2015d). Dette skyldes nok i all hovedsak inkludering av bijobb, og vil ikke videre antas å utgjøre noen negative utslag på representativiteten til utvalget.

Blant *omsorgsvariablene* oppgir omtrent like mange kvinner som menn (17,2 %) å bo med en partner de definerer som syk. Det er interessant å se den like kjønnsdelingen, i tillegg til at andelen ikke skiller seg stort fra andelen i analyseutvalg 1 som inkluderer alle i yrkesaktiv alder. En anelse flere menn rapporterer om at de hjelper sin syke partner (3,0 %) enn hva som er tilfellet blant kvinner (2,4 %), og omtrent en like høy andel kvinner (65,9 %) som menn (66,3 %) har barn i husholdningen dersom man er yrkesaktiv.

Når det gjelder egenvurdert *helse* viser tabellen at i underkant av to prosentpoeng flere yrkesaktive kvinner vurderer sin egen helse som dårlig (15,1 %) enn hva som rapporteres inn blant yrkesaktive menn (13,4 %). Andelen utgjør til sammen noen prosentpoeng lavere verdier sammenlignet med analyseutvalg 1, likevel er kjønnsforholdet om lag det samme.

I og med at jeg i analyseutvalg 2 kun inkluderer de som er sysselsatt, vil den eldste *alderskohorten* forventes å være noe lavere sammenlignet med analyseutvalg 1. Tabell 4.2 viser at den eldste aldersgruppen utgjør den laveste andelen blant kvinner (16,9 %), etterfulgt av aldersgruppen 25-35 år (25,2 %), 46-55 år (25,8 %) og 36-45 år (32,1 %). Blant menn utgjør den yngste gruppen den laveste andelen (20,9 %), etterfulgt av aldersgruppen 56-66 år (21,9 %), 46-55 år (26,3 %) og 36-45 år (30,8 %).

De fleste kvinner og menn i utvalget har en jevn gammel partner, henholdsvis 69,7 og 72,6 prosent. En høyere andel kvinner har eldre partner (27,4 %) og en tilsvarende lavere andel

---

<sup>12</sup> Utvalget er noe lavere enn den yrkesaktive andelen fra analyseutvalg 1 grunnet variabler med missing.

menn (3,7 %). Motsatt bor færre kvinner med yngre partner (2,8 %) enn hva som er tilfellet blant menn (23,7 %). Ettersom kvinner med yngre partner og menn med eldre utgjør relativt små observasjoner, kan det ikke utelukkes å virke inn på resultatene senere i analysene.

Når det kommer til *utdanning*, viser tabell 4.2 at kvinner har høyere utdannelse enn menn. Andelen med grunnskole som høyeste fullførte utdanning er den laveste gruppen både blant kvinner (14,4 %) og blant menn (14,1 %) med marginale forskjeller. Hele 46,4 prosent kvinner har høyere utdanning, etterfulgt av 39,2 prosent som har videregående som høyeste fullførte utdannelse. Blant menn har om lag halvparten videregående opplæring som høyeste fullførte (49,3 %) og 36,6 prosent har tatt høyere utdanning.

Tilpasningsmuligheter på arbeidsplassen og type arbeid kan spille en viktig rolle på kombinasjonen med omsorg. Det kommer fram at betraktelig flere menn arbeider i privat sektor (75,9 %) enn andelen kvinner, som befinner seg under halvparten (42,8 %). Samtidig er det også flere kvinner som ikke har *fleksible ordninger* på jobb (46,4 %) sammenlignet med andelen blant menn (31,6 %).

Tabell 4.2. Beskrivelse av analyseutvalg 2 som kun inkluderer yrkesaktive respondenter.

<i>Analyseutvalg 2</i>				
	Kvinne		Mann	
	%	N	%	N
<i>Omsorg</i>				
Har syk partner	17,2	614	17,2	635
Hjelper syk partner	2,4	84	3	111
Har barn boende i husholdningen	65,9	2 353	66,3	2 453
<i>Individuelle kjennetegn</i>				
Egenrapportert dårlig helse	15,1	539	13,4	496
Alder 25-35 år	25,2	900	20,9	775
Alder 36-45 år	32,1	1 145	30,8	1 140
Alder 46-55 år	25,8	923	26,3	976
Alder 56-66 år	16,9	604	21,9	812
Har jevn gammel partner	69,7	2 491	72,6	2 687
Har eldre partner	27,4	980	3,7	136
Har yngre partner	2,8	101	23,7	878
<i>Utdanning</i>				
Grunnskole	14,4	513	14,1	520
Videregående	39,2	1 401	49,3	1 825
Høyere utdanning	46,4	1 658	36,6	1 356
<i>Arbeidsforhold</i>				
Privat sektor	42,8	1 527	75,9	2 808
Ingen fleksible ordninger	46,4	1 659	31,6	1 168
Arbeidstimer i uken (timer)	34,4		42,9	
N	49,1	3 572	50,9	3 701

### 4.3 Hva forteller den beskrivende statistikken?

Tabellene viser noen interessante mønstre i utvalgene det er verdt å belyse. For det første definerer en om lag like mange kvinner som menn sin partner som syk. Dette er tilfellet i begge analyseutvalg. Man ville kanskje anta å finne en høyere andel med syk partner i analyseutvalg 1, ettersom det utvalget også inkluderer respondenter som ikke er i arbeid. Imidlertid er ikke det tilfelle. I og med at operasjonaliseringen av syk partner ikke defineres ved noen bestemt type sykdom eller uførhet, kan dette sette en lavere terskel for noen til å beskrive sin partner som syk, mens det motsatte kan være tilfellet hos andre. Det kan fortrinnsvis antas at en rekke ulike fortolkninger og bakenforliggende faktorer kan knyttes både til å definere partner som syk og til å definere hjelpen som gis til partner.

For det andre vurderer systematisk flere kvinner enn menn sin helse som dårlig. Helse kan knyttes opp mot alderdom generelt, imidlertid er utvalget representert ved flere eldre menn enn eldre kvinner. Uansett forekommer det mest sannsynlig en korrelasjon mellom alder, yrkesdeltakelse og helse. Flere kvinner har også fullført utdanning utover videregående skole enn hva som er tilfellet blant menn, særlig blant den yrkesaktive andelen. At flere kvinner enn menn tar høyere utdanning har imidlertid vist seg å være en generell tendens i samfunnet. Når det gjelder arbeidsforhold er det likevel flere kvinner enn menn som står utenfor arbeidsmarkedet, selv om fødsels- og barnepermisjon er inkludert i gruppen yrkesaktive. Menn arbeider betraktelig flere timer i uken i gjennomsnitt sammenlignet med kvinner, og en overvekt arbeider i privat sektor, i tillegg til at flere rapporterer om fleksible ordninger på arbeidsplassen. Med andre ord er ikke bare flere menn i arbeid, men de bruker også mer tid på arbeidet og har flere gunstige ordninger å benytte seg av. Privat sektor forbindes imidlertid med høyere risiko, og kanskje derfor også lavere tilbøyelighet til reduksjon i tiden brukt på arbeid. En antakelse er at det finnes en positiv helseseleksjon inn i privat sektor og i stillinger med høyere fleksibilitet. Tilpasningsmulighetene på arbeidsplassen er viktige forhold som spiller inn på hvor gunstig kombinasjon arbeid og omsorg for partner kan oppleves.

I de følgende to kapitlene benytter jeg meg av ulike metodiske tilnærminger for å undersøke sammenhengen mellom omsorg og yrkesdeltakelse med kontroll for de ulike variablene nevnt her.



## 5 Uformell omsorg og yrkesdeltakelse

Dette kapittelet utgjør første analyse av to, der jeg studerer sammenhengen mellom yrkestilpasning og omsorg for partner. I denne delen belyser jeg sannsynligheten for ikke å være sysselsatt<sup>13</sup> når man bor i lag med en partner som er syk, presentert ved resultatene fra de logistiske regresjonsmodellene. I og med at jeg er spesielt interessert i hvilke mønstre det er å finne blant kvinner og menn, gjennomføres analysene også separat etter kjønn.

Helt kort fra den beskrivende statistikken over, befinner over 15 prosent av kvinnene og om lag 11 prosent av mennene seg utenfor arbeidsmarkedet. Andelene i utvalget som definerer sin partner som syk ligger imidlertid interessant nok på rett over 18 prosent for begge kjønn, det samme gjelder de som oppgir å hjelpe vedkommende, som omfatter omtrentlige 3 prosent blant begge. Generelt er det verdt å merke seg at andelen som tilhører den eldste alderskohorten ikke er ubetydelig. Dette virker antagelig inn på yrkesdeltakelsen, ettersom personer i denne alderen i større grad kan benytte seg av tidligere avganger fra arbeidslivet, i tillegg til at skrantende helse av naturlige årsaker er et noe hyppigere tilfelle. Selv om det imidlertid er flere eldre menn enn kvinner i utvalget, rapporterer likevel en andel flere kvinner om dårlig helse.

Tidligere forskning indikerer videre at det å gi omsorg og å være i arbeid er en potensiell vanskelig kombinasjon å opprettholde. Studier viser til negative utfall hos omsorgsgiver knyttet til blant andre yrkesaktivitet, generell trivsel og helse (Gautun og Hagen 2010; Hansen og Slagsvold 2013; Kotsadam og Jakobsson 2012). Dette aktualiserer spørsmålet om hvordan en partner med redusert helse påvirker yrkessituasjonen vedkommende bor i lag med. Mine antakelser grunnet i tidligere studier på feltet og teori, munner ut i at personer som bor med syk partner har lavere sannsynlighet for å være aktiv på arbeidsmarkedet sammenlignet med personer som ikke oppgir å bo med syk partner. Selv om omtrent like mange menn som kvinner rapporterer om både å ha og å hjelpe syk partner i utvalget, er det likevel en høyere andel kvinner som ikke arbeider og som rapporterer om dårlig helse. Jeg antar derfor også at omsorg for partner har en større negativ påvirkning på yrkesaktiviteten til kvinner enn på yrkesaktiviteten til menn.

---

<sup>13</sup> Jf. delkap. 3.31 om utvalgsrestriksjoner.

Følgende presenteres resultatene først for hele utvalget, deretter separat etter kjønn. En rekke kontrollvariabler inkluderes i modellene, men søkelyset rettes gjennomgående mot syk partner, hjelp til syk partner og kjønn. Det gjennomføres kontinuerlig to analyser; en med egenvurdert helse og en uten. Jeg har tidligere nevnt, at jeg er av den oppfatning at respondentens helse kan ha en potensiell endogen sammenheng med arbeid i første rekke, og med partners helse i andre rekke i tillegg til omsorg. Derfor framstår også helse som en viktig kontrollvariabel.

Målet med dette kapittelet er å belyse mønstre relatert til valg knyttet til yrkesdeltakelsen blant samboende der den ene er syk. Gjennomgående i modellene forsøker jeg derfor å fremstille referansegruppen på en slik måte at den belyser de forholdene som antas å utvise relevante tendenser i oppgaven. På den måten viser estimatene for hver av gruppene en positiv eller negativ sammenheng for at de ulike faktorene skal inntreffe sammenlignet med referansegruppen.

## **5.1 Er det en sammenheng mellom partners helse og egen yrkesdeltakelse?**

Tabell 5.1 rapporterer resultater om sannsynligheten for å være sysselsatt eller ikke for respondenten oppgitt i logiter. Positive fortegn på koeffisientene indikerer positive sammenhenger. Med dette menes at sannsynligheten for ikke å være i arbeid er høyere enn sannsynligheten for å være i arbeid. Motsatt indikerer negative fortegn negative sammenhenger, og dermed en lavere sannsynlighet for ikke å være i arbeid sammenlignet med de som er i arbeid.

Modell 1 illustrerer sammenhenger for hele utvalget. I tillegg til kontroll for syk partner, hjelper syk partner og kjønn, inkluderes kontroll for en rekke individuelle forhold; om man har barn som fremdeles bor i husholdningen, alder og relativ alder til partner, og høyeste utdanningsnivå. Dessuten gjelder også restriksjonene som tidligere er blitt nevnt om å være i parforhold og å være mellom 25 og 66 år. Med kontroll for alle de nevnte faktorene, gir konstantleddet – som da viser til de som skårer null på alle uavhengige variabler – logiten for en mann, som befinner seg utenfor arbeidsmarkedet. Han er mellom 46 og 55 år, har verken syk partner eller hjelper denne. Han har barn boende utenfor husholdningen, har videregående utdanning, og bor sammen med en partner som kan være opp til fire år eldre eller yngre enn

ham selv. Konstantleddet for denne personen viser en negativ logit på -2,61 for ikke å være aktiv på arbeidsmarkedet, og er statistisk signifikant. Det negative fortegnet viser at sannsynligheten for ikke å være i arbeid er lavere enn sannsynligheten for å være i arbeid. Et forventet utgangspunkt for referansegruppen.

Modellen viser videre at det er signifikant høyere sannsynlighet for ikke å være i arbeid dersom respondenten har en syk partner (0,31). Det samme gjelder for gruppen som hjelper syk partner (0,51) sammenlignet med gruppen som ikke hjelper. Resultatene indikerer med andre ord en negativ sammenheng mellom samboende med partner med reduserte helse, hjelp til partner og yrkesaktivitet. Å ha barn boende i husholdningen ser ut til å ha en negativ sammenheng (-0,43) sammenlignet med ikke å ha barn i husholdningen, altså høyere sannsynlighet for å være i arbeid. Videre er det interessant å merke seg at kvinner har en statistisk høyere sannsynlighet for å befinne seg utenfor arbeidsmarkedet (0,61) enn menn.

Alderskohortene viser liten grad av signifikans. Kun den eldste aldersgruppen er signifikant, og viser naturlig nok en høyere sannsynlighet for ikke å være sysselsatt (1,45) sammenlignet med referansegruppen i alderen 46-55 år. Å ha en yngre partner gir også høyere sannsynlighet for å være utenfor arbeidsmarkedet (0,37) sammenlignet med referansegruppen, som utgjør respondenter med partnere opp til fire år yngre eller eldre enn dem selv. En årsak til dette kan være at yngre partner korrelerer med den eldste alderskohorten rett under pensjonsalder, som utgjør den andelen i utvalget med lavest tilknytning til arbeidsmarkedet. Gruppen med eldre partner er ikke signifikant ulik referansegruppen i modellen, som kan skyldes en generelt lav andel i utvalget, særlig blant menn. Sannsynligvis grunnet færre eldre i arbeid generelt.

Utdanningsvariablene viser signifikant høyere sannsynlighet for å være aktiv på arbeidsmarkedet ved høyere fullført utdanning. Ved fullført grunnskole er sannsynligheten høyere for å stå utenfor (0,72), mens ved minimum ett års fullført høyere utdanning er sannsynligheten lavere (-0,72). Begge koeffisienter sammenlignes med referansegruppen som har fullført videregående opplæring.

### **5.1.1 Er det en sammenheng mellom egen helse og yrkesdeltakelse?**

I modell 2 i tabell 5.1 inkluderes egenvurdert dårlig helse, ellers er alt annet likt som i modell 1. Jeg har valgt å gjøre det slik fordi det muligens foreligger en seleksjon av personer med dårlig helse inn i gruppen som står uten for arbeid og/eller inn i gruppen som bor i lag med en

syk partner. Som jeg var inne på tidligere, er det vanskelig ut i fra datamaterialet jeg har valgt å benytte i denne undersøkelsen, å si noe om hvilket av de nevnte tilfellene som inntreffer først. Det jeg imidlertid kan undersøke, er hvorvidt dårlig helse gir utslag på de andre variablene, spesielt knyttet til sammenhengen mellom tilbøyeligheten til å være i arbeid eller ikke. Ved første øyekast fører kontroll for egenrapportert helse til få ulikheter fra modell 1 til modell 2. Nå er det slik at resultatene ikke kan tolkes på tvers i logistisk regresjon, derfor kommenterer jeg i all hovedsak ulike mønstre og tendenser i modellene med og uten helse.

Konstantleddet gir -3,05 på logitskalaen, og viser logiten for ikke å være sysselsatt for referansegruppen. Referansegruppen utgjør like egenskaper som i modell 1, men her er også de med egenrapporter god helse inkludert i gruppen<sup>14</sup>. Det negative fortegnet viser at det fremdeles er en lavere sannsynlighet for ikke å være i arbeid sammenlignet med å være i arbeid. Det er interessant å se at koeffisienten for å stå utenfor arbeidsmarkedet dersom respondenten har en syk partner (0,17) kun er grensesignifikant<sup>15</sup> ( $p=0,072$ ) i denne modellen. Denne mindre sterke tendensen kan tyde på en korrelasjon mellom syk partner, egenvurdert dårlig helse og yrkesdeltakelse. Å hjelpe syk partner gir også i denne modellen en signifikant høyere sannsynlighet for ikke å være i arbeid (0,52). Med andre ord indikerer modell 2 interessant nok, i tillegg til endogenitetsproblematikken over, at å hjelpe en syk partner gir sterkere negative utslag på yrkesaktiviteten enn kun å bo med en syk partner later til å gjøre, kontrollert for egenrapportert dårlig helse. Å ha barn boende i husholdningen gir høyere sannsynlighet for å være i arbeid (-0,35), likt med modell 1.

Det er videre en negativ sammenheng mellom kvinner og yrkesdeltakelse (0,58). Det samme er tilfellet blant personer som oppgir å ha dårlig helse (1,32). Med andre ord bidrar både egenvurdert dårlig helse og å være kvinne til negative sammenhenger på tilbøyeligheten til å være i arbeid for en samboende.

Videre viser modell 2 at både de i aldersgruppen 25-35 år (0,24) og 56-66 år (1,45) har signifikant høyere sannsynlighet for ikke å være i arbeid enn å være i arbeid. Det samme er tilfellet for respondenter med yngre partner (0,32). Verken koeffisientene for gruppen mellom 36 og 45 år eller gruppen med eldre partner er signifikante. Utdanningsvariablene viser at det er høyere sannsynlighet for å stå utenfor arbeidsmarkedet ved fullført grunnskole (0,63), og

---

<sup>14</sup> Referansegruppen etter inkluderingen av helsevariabelen utgjør menn som verken har eller hjelper en syk partner, har god helse, har barn boende utenfor husholdningen, er i alderen 46-55 år, har en partner som er opp til fire år yngre eller eldre enn seg selv og har fullført videregående utdanning.

<sup>15</sup> Grensesignifikante estimater defineres ofte som en p-verdi mellom 0,05 og 0,10 (Johansen m. fl. 2004).

lavere sannsynlighet ved høyere utdanning (-0,57), sammenlignet med de som har fullført videregående.

Kort oppsummert er det få forskjeller å observere fra modell 1 til modell 2. Interessant nok faller signifikansen av å ha en partner som er syk i modell 2, som inkluderer egenrapportert dårlig helse. Dette indikerer at respondenten opplever at partnerens helse først spiller negativt inn på yrkesaktiviteten i tilfeller der respondenten står framfor en høyere omsorgsbyrde, framfor kun å bo sammen med. Videre er det verdt å merke seg at dårlig helse virker negativt inn på yrkesaktiviteten, og at kvinner gjennomgående har lavere arbeidsmarkedstilknytning sammenlignet med menn. Ettersom det å ha en syk partner endrer signifikansen betydelig i modell 2 med inkludering av egenrapportert helse, er det grunn til å anta en sammenheng mellom disse, og mellom å være i arbeid. Forklaringskraften i modell 2 er videre noe bedre enn i modell 1, ettersom -2LL viser en lavere verdi i siste modell<sup>16</sup>. Naturlig nok vil -2LL bli mindre når man legger til en ny forklaringsvariabel. Inkluderingen av egenrapportert helse gir imidlertid også en signifikant forbedring av likelihoodfunksjonen, og da modellen som en helhet<sup>17</sup>. Dette betyr at den siste modellen beskriver forskjellene i datamaterialet signifikant bedre enn modell 1.

I et forsøk på å skape et bedre bilde av de kjønns spesifikke mønstrene, vil følgende analyser undersøke om lignende sannsynlighet for arbeidsmarkedstilknytning også vil være tilfellet separat for kvinner og menn.

---

<sup>16</sup> -2LL (-2 log likelihood) viser 5632,851 i modell 1 og 5331,8296 i modell 2.

<sup>17</sup>  $X^2 = -2LL_{K-H} - -2LL_K = 6427,567 - 6155,298 = 301,021$ . Den kritiske verdien på 0,05 nivå er 3,84 med frihetsgrad lik 1. Forskjellen er signifikant og  $H_0$  forkastes.

Tabell 5.1. Sannsynligheten for å være i arbeid eller ikke for hele utvalget

Arbeidsmarkedstilknytning				
Modell 1			Modell 2	
Uten egenrapportert helse			Med egenrapportert helse	
Logit			Logit	
Omsorg				
Har syk partner	0,309 ***	0,09	0,165 ^	0,09
Hjelper syk partner	0,512 **	0,17	0,523 **	0,20
Har barn boende i husholdningen	-0,434 ***	0,09	-0,353 ***	0,09
Individuelle kjennetegn				
Kvinne	0,609 ***	0,08	0,578 ***	0,08
Egenrapportert dårlig helse	-		1,320 ***	0,08
Alder 25-35 år	0,083	0,12	0,242 *	0,12
Alder 36-45 år	-0,094	0,12	-0,022	0,12
Alder 46-55 år	ref.		ref.	
Alder 56-66 år	1,464 ***	0,10	1,450 ***	0,10
Har jevn gammel partner	ref.		ref.	
Har eldre partner	0,122	0,10	0,130	0,10
Har yngre partner	0,367 ***	0,10	0,324 **	0,11
Utdanning				
Grunnskole	0,723 ***	0,08	0,634 ***	0,09
Videregående	ref.		ref.	
Høyere utdanning	-0,719 ***	0,09	-0,571 ***	0,09
Konstantledd	-2,608 ***	0,11	-3,048 ***	0,12
-2LL	5632,851		5331,8296	
N	8465		8465	

\*\*\* p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05, ^ p<0,1

Robuste standardfeil i kursiv

## 5.2 Betydningen av partners helse og yrkesdeltakelsen til kvinner og menn

Tabell 5.2 viser resultater fra logitanalysen gjennomført separat for kvinner og menns sannsynlighet for å være sysselsatt eller ikke. Andelen kvinner og menn er omtrent like stor med henholdsvis 4257 og 4208 observasjoner. Referansegruppen innehar de samme egenskapene som i modell 1 i tabell 5.1 over, men skiller mellom kjønn.

Jeg tar først for meg resultatene til mennene i utvalget, som utgjør modell 1 og modell 2 i tabell 5.2, for så å gjennomgå resultatene til kvinnene i utvalget, som utgjør modell 3 og modell 4.

### 5.2.1 Er det en sammenheng mellom partners helse og menns yrkesdeltakelse?

Konstantleddet i modell 1 viser -2,51 på logitskalaen, og tilsier at sannsynligheten for ikke å være i arbeid er lavere enn sannsynligheten for å være i arbeid for referansegruppen<sup>18</sup>. Både å ha en syk partner (0,28) og å hjelpe en syk partner (0,67) gir tilsynelatende høyere sannsynlighet for å stå utenfor arbeidsmarkedet for menn sammenlignet med de som ikke bor i lag med en syk partner. Familiestrukturen blant menn viser videre at det å ha barn boende i husholdningen gir høyere sannsynlighet for å være yrkesaktiv (-0,68) sammenlignet med de som ikke har barn i husholdningen. Det er grunn til å tro at dette i stor grad skyldes at fedre med barn i husholdningen er yngre.

Den eneste signifikante alderskohorten er gruppen av menn rett under pensjonsalder på 56-66 år, som ikke overraskende har høyere sannsynlighet for å stå utenfor arbeidsmarkedet (1,63) enn å være aktiv sammenlignet med referansegruppen på 46-55 år. Menn med yngre partner har også høyere sannsynlighet for ikke å være i arbeid (0,35), sammenlignet med de som har partner med mindre aldersforskjell. Menn med eldre partner er ikke signifikant i modellen. Variablene for utdanning, viser at menn med fullført grunnskole har høyere sannsynlighet for ikke å være i arbeid (0,61), mens menn med høyere utdanning har en lavere sannsynlighet (-0,92).

Ved introduksjon av egenrapportert dårlig helse i modell 2 viser konstantleddet -2,96, som indikerer en fremdeles lavere sannsynlighet for å stå utenfor arbeidsmarkedet enn å være aktiv for referansegruppen, som nå også inkluderer gruppen av menn med selvrapportert god helse. Det er interessant at det ikke er en signifikant sammenheng mellom yrkesdeltakelse og å bo med en syk partner i denne modellen, ulikt fra modell 1. Dermed kan også modell 2 tyde på å framvise en tendens om at egen helse korrelerer med syk partner og yrkesdeltakelse. Å hjelpe syk partner gir også her lavere sannsynlighet for å være i arbeid (0,65). Dette indikerer at å ha en syk partner først antas å ha en negativ sammenheng med arbeidsmarkedstilknytningen dersom respondenten hjelper vedkommende. Å ha en syk partner i seg selv ser ikke ut til å være av særlig betydning blant menn. Barn boende i husholdningen gir også i modell 2

---

<sup>18</sup> Referansegruppen utgjør menn som verken har eller hjelper en syk partner, har ingen barn boende i husholdningen, er i alderen 46-55 år, har en partner som er opp til fire år yngre eller eldre enn seg selv og har fullført videregående opplæring.

signifikant høyere sannsynlighet for å være i jobb (-0,61). Egenvurdert dårlig helse gir signifikant lavere sannsynlighet (1,38) sammenlignet med de med god helse.

Blant øvrige kontrollvariabler viser modellen lignende tendenser som i modell 1. De eldste mennene i utvalget har høyere sannsynlighet for ikke å være sysselsatt (1,59) enn å være sysselsatt sammenlignet med referansegruppen på 46-55 år, og er igjen eneste signifikante alderskohort. Menn med yngre partner har høyere sannsynlighet for ikke å være i arbeid (0,32), mens gruppen med eldre partner ikke er signifikant i modellen. Fullført grunnskole gir lavere sannsynlighet for å være aktiv på arbeidsmarkedet (0,51), mens høyere utdanning gir en høyere sannsynlighet (-0,75).

Ved videre betraktning gir modell 2 noe lavere -2LL-verdier sammenlignet med modell 1<sup>19</sup>, og har samtidig signifikant bedre forklaringskraft<sup>20</sup>. Dette betyr at den siste modellen inkludert egenrapportert helse beskriver datamaterialet noe bedre enn den første modellen.

### **5.2.2 Er det en sammenheng mellom partners helse og kvinners yrkesdeltakelse?**

Den siste analysen i dette delkapittelet retter søkelyset på kvinners sannsynlighet for yrkesdeltakelse når partner er syk. Kontrollvariablene og referansegruppen er lik som i analysene over, men med kontroll for kvinner.

Konstantleddet i modell 3 viser -2,07 på logitskalaen, og tilsvarer logiten for ikke å være i arbeid for referansegruppen<sup>21</sup>. Det negative fortegnet tilsier at sannsynligheten for ikke å være i arbeid er lavere enn sannsynligheten for å være i arbeid for kvinner. Det er interessant å se at å ha en syk partner virker negativt på arbeidsmarkedstilknytningen til kvinner (0,33), det samme er ikke tilfelle når vedkommende hjelper den syke partneren, ettersom den koeffisienten ikke er signifikant i modellen. Å ha barn boende i husholdningen gir en høyere sannsynlighet for å være yrkesaktiv (-0,27), sammenlignet med de som ikke har barn hjemme.

---

<sup>19</sup> -2LL (-2 log likelihood) viser 2391,404 i modell 1 og 2251,3334 i modell 2.

<sup>20</sup>  $X^2 = -2LL_{K-H} - -2LL_K = 2391,404 - 2251,3334 = 140,1$ . Den kritiske verdien på 0,05 nivå er 3,84 med frihetsgrad lik 1. Forskjellen er signifikant og  $H_0$  forkastes.

<sup>21</sup> Kjønn tatt i betraktning tilsvarer referansegruppen i modell 3 kvinner som verken har eller hjelper en syk partner, har ikke barn boende i husholdningen, er i alderen 46-55 år, har en partner som er opp til fire år yngre eller eldre enn seg selv og har fullført videregående utdanning.



Den eldste alderskohorten er den eneste signifikante, og viser høyere sannsynlighet for ikke å være i arbeid (1,31) enn å være i arbeid sammenlignet med referansegruppen på 46-55 år. Noe av dette kan forklares med seleksjon av eldre kvinner inn i tidlig pensjon og noe redusert helse. Kvinner med yngre partner har også en høyere sannsynlighet for ikke å være sysselsatt (0,55), de med eldre partner er ikke signifikant. Videre har kvinner med grunnskoleutdanning høyere sannsynlighet for ikke å være aktiv på arbeidsmarkedet (0,80), mens kvinner med høyere utdanning har en lavere sannsynlighet (-0,62).

Ved inkludering av egenvurdert helse i modell 4 viser konstantleddet -2,53 på logitskalaen. Sannsynligheten er med andre ord lavere for å stå utenfor arbeidsmarkedet enn sannsynligheten for å være aktiv for referansegruppen, som her inkluderer gruppen av kvinner med selvrapportert god helse. Ulikt fra foregående modell, ser ikke det å ha en syk partner ut til å være av særlig betydning, ettersom den ikke er signifikant. Inkluderingen av helsevariabelen, kan igjen antakelig ha en rolle å spille her. I parforhold der respondenten hjelper syk partner gir modellen heller ingen signifikante sammenhenger. Lite robuste omsorgsvariabler ser ut til å være gjennomgående tendens også fra de foregående modellene. Kvinner med barn boende i husholdningen er heller ikke signifikant, også ulikt fra modell 3. Egenrapportert dårlig helse viser på sin side en klar negativ sammenheng med å være i arbeid (1,26) sammenlignet med de med egenrapportert god helse.

For øvrig viser modell 4 lignende mønstre som i modell 3. Den eldste gruppen av kvinner har høyere sannsynlighet for ikke å være sysselsatt (1,32). De gjenstående aldersgruppene er ikke signifikante. Kvinner med yngre partner har lavere sannsynlighet for å være i arbeid (0,0,46) sammenlignet med gruppen med jevn gammel partner. Kvinner med eldre partner er ikke signifikant. Fullført grunnskole gir høyere sannsynlighet for ikke å være i arbeid (0,73), mens høyere utdanning gir lavere sannsynlighet (-0,49), sammenlignet med kvinner med videregåendeutdanning.

Forklaringskraften i modell 4 er noe bedre enn i modell 3, ettersom -2LL viser lavere verdi i siste modell<sup>22</sup>. Inkluderingen av egenrapportert helse viser også en signifikant forbedring av

---

<sup>22</sup> -2LL (-2 log likelihood) viser 3208,8774 i modell 3 og 3052,2026 i modell 4.

likelihoodfunksjonen<sup>23</sup>, i tillegg til den forventede lavere -2LL. Dette betyr at modell 4 beskriver sammenhengen mellom variablene signifikant bedre.

Kort oppsummert viser resultatene i tabell 2 til relativt like tendenser både hos kvinner og hos menn. Det er verdt å merke seg at det å ha en syk partner ikke ser ut til å virke inn på yrkesdeltakelsen i de modellene der egenrapportert helse er inkludert. Blant menn er ikke dette tilfellet. Ettersom signifikansen imidlertid er såpass varierende kan det generelt tyde på lite robuste modeller grunnet endogenitet. Egenvurdert dårlig helse gir en tydelig signifikant negativ sammenheng for både kvinner og menn, og antakelsen om at helse kan ha en sammenheng med yrkesdeltakelsen og om man har en syk partner, kan være tilfelle. Uten at jeg har mulighet til å si noe mer konkret om dette ut i fra datamaterialet. For øvrig viser modellene med og uten egenrapportert dårlig helse like mønstre for både kvinner og menn.

Tabell 5.2. Sannsynligheten for å være i arbeid eller ikke for kvinner og menn separat.

Arbeidsmarkedstilknytning for kvinner og menn								
Mann					Kvinne			
Modell 1 Uten helse			Modell 2 Med helse		Modell 3 Uten helse		Modell 4 Med helse	
Logit			Logit		Logit		Logit	
Omsorg								
Har syk partner	0,280 *	0,14	0,170	0,14	0,332 **	0,11	0,173	0,12
Hjelper syk partner	0,673 *	0,27	0,651 *	0,29	0,339	0,27	0,364	0,28
Har barn boende i husholdningen	-0,675 ***	0,13	-0,607 ***	0,13	-0,273 *	0,12	-0,183	0,12
Individuelle kjennetegn								
Egnerapportert dårlig helse	-		1,377 ***	0,12	-		1,260 ***	0,10
Alder 25-35 år	-0,164	0,22	0,010	0,22	0,159	0,15	0,307 *	0,15
Alder 36-45 år	-0,153	0,20	-0,043	0,20	-0,088	0,15	-0,036	0,15
Alder 46-55 år	ref.		ref.		ref.		ref.	
Alder 56-66 år	1,630 ***	0,16	1,586 ***	0,16	1,311 ***	0,13	1,319 ***	0,13
Har jevn gammel partner	ref.		ref.		ref.		ref.	
Har eldre partner	0,200	0,27	0,254	0,29	0,103	0,10	0,102	0,11
Har yngre partner	0,351 **	0,12	0,315 *	0,12	0,554 *	0,23	0,485 *	0,23
Utdanning								
Grunnskole	0,613 ***	0,13	0,506 ***	0,14	0,803 ***	0,11	0,725 ***	0,11
Videregående	ref.		ref.		ref.		ref.	
Høyere utdanning	-0,919 ***	0,14	-0,745 ***	0,15	-0,623 ***	0,11	-0,491 ***	0,11
Konstantledd								
-2LL	2391,404		2251,3334		3208,8774		3052,2026	
N	4208		4208		4257		4257	

\*\*\* p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05, ^ p<0,1

Robuste standardfeil i kursiv

<sup>23</sup>  $X^2 = -2LL_{K-H} - -2LL_K = 3208,8774 - 3052,2026 = 156,6748$ . Den kritiske verdien på 0,05 nivå er 3,84 med frihetsgrad lik 1. Forskjellen er signifikant og  $H_0$  forkastes.

## 5.3 Betydningen av arbeidsmarkedstilknytning

Det som tydelig utpeker seg i resultatene, ikke bare for utvalget som en helhet, men også i de separate analysene for kvinner og menn, er sammenhengen mellom å ha en syk partner, å hjelpe vedkommende og respondentens sannsynlighet for å være aktiv på arbeidsmarkedet (se tabell 5.3). Modellene for hele utvalget indikerer at både å ha en syk partner og å hjelpe syk partner gir en lavere sannsynlighet for å være i arbeid. Dette gjelder selv etter inkluderingen av egenrapportert helse. Som det imidlertid kommer fram, har selvrapportert dårlig helse en tydelig negativ sammenheng med sannsynligheten for å være i arbeid for hele utvalget, og for kvinner som for menn. Ettersom inkludering av selvrapportert dårlig helse gir en betydelig lavere signifikans for arbeidsmarkedstilknytningen til individer som bor i lag med en syk partner, er det grunn til å anta at denne sammenhengen er lite robust, og at helse tydelig er korrelert med variabelen. Jeg kan likevel fremdeles ikke si noe om hva som først fant sted. Hvorvidt respondenten reduserer sin arbeidsinnsats grunnet gradvis redusert egen helse, eller om man forlater arbeidsmarkedet grunnet i utgangspunktet redusert helse kan jeg si lite om. Det samme gjelder hvorvidt en syk partner fører til dårlig helse hos respondenten grunnet det fysiske og/eller psykiske byrdeomfanget, eller om det er slik at personer med i utgangspunktet dårlig helse søker seg til hverandre. Å hjelpe syk partner ser på sin side ut til å være sterkere og mer robust i modellene for hele utvalget ettersom den endres lite.

Blant menn faller sammenhengen mellom å ha syk partner og arbeidsmarkedstilknytning bort når helsevariabelen inkluderes. Slik ser det ut til at syk partner først viser seg å ha en negativ sammenheng med sannsynligheten for å være aktiv på arbeidsmarkedet i de tilfellene der menn oppgir å bidra med hjelp. Å hjelpe sin syke partner framstår med andre ord som mer belastende sammenlignet med å bo med en frisk partner som ikke har behov for hjelp. Det samme er ikke tilfellet blant kvinner. Sammenhengene ser ut til å variere, men alle typer av omsorgsrelaterte sammenhenger faller bort med inkluderingen av egenrapportert helse. Det er med andre ord lite som kan sies om kvinners sammenheng mellom tilknytning til arbeidslivet og omsorg for partner, bortsett fra at helse ser ut til å spille inn på forbindelsene. En gjennomgående tendens, er imidlertid at å bo med en partner som er syk viser en signifikant negativ sannsynlighet for å være aktiv på arbeidsmarkedet i de modellene der egenrapportert helse ikke er inkludert. En forklaring kan være at respondentens helse er korrelert med sammenhengen mellom tilknytningen til arbeidslivet og å ha en syk partner, og som nevnt over, at sammenhengene generelt er lite robuste. Selvfølgelig kan det heller ikke utelukkes at

disse sammenhengene skyldes tilfeldigheter. Modellene der egenrapportert dårlig helse er kontrollert for har samtidig gjennomgående høyere forklaringskraft. Denne kan imidlertid også skyldes inkluderingen av flere kontrollvariabel.

Resultatene i tabell 5.1 viser videre at kvinner har signifikant lavere sannsynlighet for å være aktiv på arbeidsmarkedet sammenlignet med menn. Den samme negative tendensen er å finne igjen i hele analysen blant respondenter som rapporterer om egenvurdert dårlig helse. Når det gjelder øvrige kontrollvariabler later resultatene å indikere relativt like tendenser i hele analysen, inkludert de separate analysene for kvinner og menn. Gjennomgående har den eldste aldersgruppen signifikant høyere sannsynlighet for ikke å være sysselsatt. Dette virker naturlig for gruppen som jo befinner seg rett under pensjonsalder, ettersom det er å forvente at alder i seg selv kan påvirke avgangen fra arbeidslivet både helsemessig og av andre årsaker. Det samme mønsteret er å finne blant den yngste gruppen mellom 25 og 35 år, bortsett fra i de separate analysene for menn. Denne tendensen er heller ikke veldig overraskende, da en del i gruppen sannsynligvis befinner seg midt mellom studieløpet og etableringen i arbeidslivet. Med andre ord er referansegruppen mellom 46 og 55 år som ser ut til å toppe statistikken for sannsynligheten for å være i arbeid. For å teste ut om alder muligens kan ha en kurvelineær sammenheng med sannsynligheten for å være i arbeid, altså hvorvidt sannsynligheten for å være ute av arbeidsmarkedet er stigende før den igjen avtar, har jeg inkludert en kontinuerlig aldersvariabel og alder kvadrert i tilsvarende modell<sup>24</sup>. Begge aldersvariablene ga signifikante verdier. Jeg har imidlertid likevel valgt å bruke dummyer da en oppdeling av variabelen gir et bedre bilde av eventuelle sammenhenger i utvalget. Avslutningsvis viser alle modeller i analysen forventede mønstre innen utdanning. Høyere fullført utdanning svarer til høyere sannsynlighet for å være i arbeid.

I dette kapittelet har jeg sett på sammenhengen mellom å bo i lag med en syk partner og sannsynligheten for å være sysselsatt eller ikke. I et forsøk på å belyse om kanskje også andre yrkesspesifikke forhold potensielt kan virke inn på eventuelle tilpasninger på arbeidsplassen, undersøker jeg i neste analyse tiden brukt på arbeid.

Tabell 5.3. Oversikt over sammenhenger i hele analyse 1.

---

<sup>24</sup> Se tabell i vedlegg A.

**Sammenhenger i analyse 1**

	Hele utvalget		Menn		Kvinner	
	Uten helse	Med helse	Uten helse	Med helse	Uten helse	Med helse
<i>Omsorg</i>						
Har syk partner	+	+	+	/	+	/
Hjelper syk partner	+	+	+	+	/	/
Har barn boende i husholdningen	÷	÷	÷	÷	÷	/
<i>Individuelle kjennetegn</i>						
Kvinne	+	+				
Egenrapportert dårlig helse		+		+		+
Alder 25-35 år	/	+	/	/	/	+
Alder 36-45 år	/	/	/	/	/	/
Alder 46-55 år	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Alder 56-66 år	+	+	+	+	+	+
Har jevn gammel partner	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Har eldre partner	/	/	/	/	/	/
Har yngre partner	+	+	+	+	+	+
<i>Utdanning</i>						
Grunnskole	+	+	+	+	+	+
Videregående	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Høyere utdanning	÷	÷	÷	÷	÷	÷
-2LL	5632,851	5331,8296	2391,404	2251,3334	3208,8774	3051,2026

( + ) Viser at det er høyere sannsynlighet for ikke å være i arbeid enn å være i arbeid

( ÷ ) Viser at det er høyere sannsynlighet for å være i arbeid sammenlignet med ikke å være

( ) Indikerer variabler som ikke er inkludert i modellen

( / ) Indikerer variabler som ikke er signifikante i modellen

## 6 Uformell omsorg og yrkestilpasning

Dette kapittelet utgjør andre analysekapittel i undersøkelsen og belyser sammenhengen mellom individers yrkestilpasning og omsorg for partner. Her gjør jeg dette ved å bruke OLS til å studere sammenhengen mellom tiden brukt på arbeid og å ha en partner med redusert helse. Siden jeg også her er særlig interessert i hvordan de ulike tendensene utspiller seg for kvinner og menn, utfører jeg i tillegg separate analyser.

For å trekke på den deskriptive statistikken fra tidligere, bruker kvinner nærmere 10 timer færre i gjennomsnitt i uken på arbeid enn menn. Andelen som definerer sin partner som syk samt de som hjelper partner er imidlertid relativt likt for både kvinner og menn med henholdsvis omtrent 17 og 3 prosent. Fra tidligere studier på omsorg til eldre, særlig blant kvinner, framkommer det at i tilfeller der partner har et større omsorgsbehov så virker det negativt inn på antallet timer brukt på lønnet arbeid for den andre (Kotsadam 2012; Spiess og Schneider 2003). Som tidligere nevnt har jeg relativt enkle mål på omsorg for partner, jeg skiller imidlertid mellom bare å bo med og å oppgi å hjelpe syk partner. Jeg antar derfor at en reduksjon i timeantallet vil være relevant for og ha en negativ virkning på personer som bor med syk partner, særlig kvinner.

Resultatene for hele utvalget presenteres først i kapittelet, deretter separat for kvinner og menn. Hovedfokuset vil også her ligge på syk partner, hjelp til syk partner og kjønn. Ettersom jeg fremdeles er av den oppfatning at respondentens helse kan ha en sammenheng med yrkestilpasning og partners helse, vil også denne være en viktig kontrollvariabel. Den avhengige variabelen i analysene måler den totale tiden brukt på arbeid i løpet av en uke, inkludert ekstrajobb. En av fordelene med OLS er muligheten til å sammenligne på tvers av modeller, derfor presenteres analysene i flere ledd for å undersøke virkningen av nye variable. Gjennomgående gjøres det også her forsøk på å framstille referansegruppen på en slik måte, at den er mest mulig relevant for det jeg ønsker å belyse. Samtlige variabler fra analyse 1 brukes i analyse 2, men utvides med enkelte yrkesspesifikke faktorer, da jeg anser det gunstig å spesifisere arbeidsforholdene ytterligere ettersom hele utvalget er i arbeid.

## 6.1 Er det en sammenheng mellom partners helse og egen arbeidstid?

Modell 1 i tabell 6.1 viser sammenhenger mellom tid brukt på arbeid, og kontrollvariablene som knyttes opp mot omsorg og individuelle kjennetegn; hvorvidt respondenten har syk partner og eventuelt hjelper denne, og om vedkommende har barn boende i husholdningen. Også kjønn, alder, relativ alder til partner og utdanningsvariable inkluderes. Parameterestimaterne i tabell 6.1 indikerer hvor mye konstantleddet øker eller minker per enhets økning på den uavhengige variabelen, gitt at de øvrige variablene forblir uendret. Ettersom jeg kun har uavhengige variabler med dummykodinger, vil en økning eller minking svare til et tilfelle ( $X=1$ ) av den respektive faktoren. Positive fortegn på koeffisientene indikerer slik en økning på den gjennomsnittlige ukentlige timebruken, mens negative fortegn indikerer en reduksjon.

Med kontroll for de nevnte faktorene, viser konstantleddet – som tilsvarer de som skårer null på alle uavhengige variabler – det gjennomsnittlige totale antallet timer brukt på arbeid i uken for en mann som verken har syk partner eller hjelper denne. Han har ingen barn boende i husholdningen, er mellom 46 og 55 år, har en jevngammel partner og fullført videregående. Konstantleddet for denne mannen viser en gjennomsnittlig bruk på 43,45 timer i uken på arbeid, og er statistisk signifikant. Et timeantall tilsvarende over gjennomsnittet i Norge, naturlig nok ettersom det er menn som utgjør referansegruppen som i utgangspunktet har et høyere gjennomsnitt enn kvinner, samt inkludering av bijobb. Det er interessant å merke seg at blant variablene jeg relaterer til omsorg som omfatter barn i husholdningen, å ha en syk partner og å hjelpe vedkommende, er det kun sistnevnte som er signifikant. Å hjelpe syk partner ser ut til å redusere den totale tiden brukt på arbeid med 2,13 timer i uken. Med andre ord indikerer modellen at det å ha en syk partner i seg selv ikke har særlig betydning for tidsbruken, først dersom respondenten rapporterer om å hjelpe partneren sin antydes en negativ sammenheng.

Det framgår videre av modell 1 som forventet at kvinner har et betydelig lavere tidsbruk (-8,70 timer) sammenlignet med menn. Timeantallet ser ut til å være høyest blant referansegruppen i alderen 46-55 år. En ikke helt unaturlig lavere tidsbruk framkommer for den yngste gruppen (-0,72 timer) og for de rett under pensjonsalder (-3,27 timer), særlig knyttet til utdanning, helse og avsluttende arbeid. Den øvrige alderskohorten, samt variabler knyttet til relativ alder til partner er ikke signifikante i modellen, og ser dermed ikke ut til å

bidra til forskjeller i tiden brukt på arbeid. Heller ikke overraskende arbeider de med fullført høyere utdanning flere timer i uken (1,40 timer) sammenlignet med de som har fullført videregående opplæring. Mens de med grunnskoleutdanning arbeider noe mindre (-0,86 timer).

I modell 2 i tabell 1.6 inkluderes det én ny variabel, som er egenvurdert helse. Grunnen til å bruke en egen modell for å belyse mulige sammenhenger tilknyttet denne variabelen, er fordi helse i seg selv utgjør en såpass grunnleggende faktor for mulige tilpasninger til arbeidslivet. I analyse 1, der jeg så på sannsynligheten for å være i arbeid dersom man har en syk partner, indikerte resultatene en mulig sammenheng mellom partners egen helse, helsen til syk partner og yrkesdeltakelsen. Ettersom helse kan påvirke yrkesaktiviteten, er det grunn til å tro at det også kan virke inn på organiseringen av tidsbruken på arbeidsplassen. I tillegg har graden av helse i utgangspunktet vist seg å være en viktig faktor i tilknytning til tid brukt på arbeid fra tidligere gjennomførte studier (Kitterød og Rønsen 2012:660). Konstantleddet har økt noe fra modell 1 til modell 2, og viser et gjennomsnittlig bruk av 44,14 timer på inntektsgivende arbeid i uken. Dette gjelder for den nye referansegruppen<sup>25</sup>, som nå også inkluderer de med egenrapportert god helse. Ettersom graden av helse har en forventet påvirkning på tid brukt på arbeid, vil det være naturlig at dårlig selvrapportert helse forklarer noe av variasjonen i konstantleddet.

Det er verdt å merke seg at modell 2 indikerer lignende tendenser som i modell 1 når det kommer til hjelp til syk partner. Først når respondenten oppgir å hjelpe partneren sin framstår en negativ sammenheng med tidsbruken på arbeid (-1,99 timer), selv kontrollert for selvrapportert dårlig helse. Det å ha en syk partner gir fremdeles ingen former for signifikant variasjon i modellen, det samme er også tilfellet for å ha barn boende i husholdningen.

Å ha dårlig helse viser seg følgelig å gi en betydelig signifikant negativ sammenheng med tiden brukt på arbeid (-4,06 timer). Foruten at parameterestimatet for fullført grunnskole ikke er signifikant, er det få øvrige endringer fra modell 1 til modell 2. Ettersom utslagene er lite markante, og forklaringskraften i modell 2 viser en liten økning på om lag 1,5 prosentpoeng

---

<sup>25</sup> Referansegruppen etter inkluderingen av egenrapportert helse i modell 2 utgjør menn som verken har eller hjelper en syk partner, har ikke barn i husholdningen, har god helse, er i alderen 46-55 år, har en partner som er opp til 4 år yngre eller eldre enn seg selv og har fullført videregående utdanning.



fra modell 1<sup>26</sup>, vil dette i sin helhet gi positive indikasjoner på å beholde helsevariabelen i de følgende modellene i analyse 2.

Avslutningsvis inkluderes to arbeidsspesifikke variabler i modell 3. Dette gjelder sektor og fleksibilitet på arbeidsplass. Referansegruppen spesifiseres enda mer og omfatter nå også en mann som arbeider i offentlig sektor og som oppgir å ha ordninger på arbeidsplassen som gir muligheter for fleksibilitet. Konstantleddet viser et gjennomsnitt på 43,22 timer i uken brukt på inntektsgivende arbeid for referansegruppen<sup>27</sup>. Timeantallet synker noe fra modell 2 til modell 3, som kan tyde på at en høyere spesifisering av referansegruppen gir en økt beskrivelse av variasjonen i estimatene. Resultatene viser også i modell 3 tilfelle av at det å bo med en syk partner først oppleves som et signifikant negativt bidrag til tidsbruken dersom respondenten rapporterer om å hjelpe vedkommende (-2,07 timer). Å ha en syk partner gir fremdeles ingen signifikant sammenheng. Det samme gjelder barn boende i husholdningen. Med unntak av at også aldersgruppen 36-45 år nå viser et noe lavere timeantall (-0,58 timer, grensesignifikant  $p=0,076$ ) sammenlignet med referansegruppen, er de øvrige endringene små i den nye modellen, og mønstrene er relativt tilsvarende de i modell 2. Gjeldene de nye arbeidsspesifikke variablene, gir ikke overraskende det å arbeide i privat sektor et økt gjennomsnittlig timeantall (1,74 timer) sammenlignet med gruppen ansatt i offentlig sektor. Mindre fleksibilitet på arbeidsplassen gir følgelig en reduksjon i timebruken (-1,47 timer) sammenlignet med referansegruppen.

Kort er det verdt å trekke fram at gjennomgående mønsteret som indikerer at det å ha en syk partner i seg selv ikke ser ut til å virke inn på yrkestilpasningen målt i tabell 6.1. Analysen antyder at først i de tilfellene der respondenten oppgir å *hjelpe* sin syke partner framstår det en signifikant negativ sammenheng knyttet til tiden brukt på arbeid. Omsorg for barn later heller ikke til å utgjøre noen forskjell. Samtidig viser modell 3, som inkluderer alle kontrollvariabler, den høyeste forklaringskraften sammenlignet med de foregående modellene i tabell 6.1, og forklarer 17,7 prosent av variasjonen i den avhengige variabelen<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> Modell 1 gir  $R^2 = 0,153$ , modell 2 gir  $R^2 = 0,167$ . Dette gir en økning på  $= (0,167 - 0,153)100 = 1,4 \%$ .

<sup>27</sup> Referansegruppen inkludert arbeidsspesifikke faktorer i modell 3 utgjør menn som verken har eller hjelper en syk partner, har god helse, har ikke barn i husholdningen, er i alderen 46-55 år, har en partner som er opp til 4 år yngre eller eldre enn seg selv, har fullført videregående utdanning, arbeider i offentlig sektor og har fleksible ordninger på arbeidsplassen.

<sup>28</sup> Modell 1 forklarer 15,3 prosent av variasjonen, modell 2 16,7 prosent og modell 3 forklarer 17,7 prosent. Dette gir en økning på i alt 2,4 prosentpoeng fra modell 1 til modell 3.

Tabell 6.1. Gjennomsnittlige antallet timer i uken brukt på arbeid for hele utvalget.

Tid brukt på arbeid for hele utvalget						
	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	Omsorg og individ- spesifikke egenskaper		Med helse		Alle variabler	
Omsorg						
Har syk partner	-0,026	0,36	0,147	0,36	0,145	0,36
Hjelper syk partner	-2,129 *	1,01	-1,992 *	0,99	-2,065 *	1,00
Har barn boende i husholdningen	-0,051	0,33	-0,199	0,32	-0,215	0,32
Individuelle kjennetegn						
Kvinne	-8,602 ***	0,27	-8,482 ***	0,27	-7,726 ***	0,28
Egnerapportert dårlig helse	-		-4,055 ***	0,43	-4,003 ***	0,43
Alder 25-35 år	-0,719 *	0,35	-0,919 **	0,35	-1,006 **	0,35
Alder 36-45 år	-0,326	0,33	-0,446	0,33	-0,579 ^	0,33
Alder 46-55 år	ref.		ref.		ref.	
Alder 56-66 år	-3,272 ***	0,44	-3,021 ***	0,43	-3,026 ***	0,43
Har jevn gammel partner	ref.		ref.		ref.	
Har eldre partner	-0,045	0,36	0,022	0,35	0,077	0,35
Har yngre partner	0,418	0,41	0,493	0,41	0,519	0,40
Utdanning						
Grunnskole	-0,861 *	0,42	-0,648	0,42	-0,665	0,42
Videregående	ref.		ref.		ref.	
Høyere utdanning	1,401 ***	0,26	1,094 ***	0,26	1,428 ***	0,28
Arbeidsforhold						
Privat sektor	-		-		1,736 ***	0,27
Ingen fleksible ordninger	-		-		-1,465 ***	0,25
Konstantledd	43,445 ***	0,39	44,139 ***	0,39	43,222 ***	0,45
R <sup>2</sup>	0,153		0,167		0,177	
N	7273		7273		7273	

\*\*\* p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05, ^ p<0,1

Robuste standardfeil i kursiv

Resultatene indikerer at det å være kvinne gir et lavere gjennomsnittlig tidsbruk på arbeid i uken. Ettersom de ser ut til å arbeide hele 7,73 timer mindre enn menn, vil det være interessant å undersøke tidsbruken i detalj, og særlig hvorvidt det samme mønsteret er å finne igjen knyttet til det å hjelpe syk partner.

## 6.2 Betydningen av partners helse og arbeidstid for kvinner og menn

Jeg er i utgangspunktet interessert i eventuelle ulike tendenser knyttet til kjønn i utvalget. For å belyse dette momentet i større grad, gjennomfører jeg også i denne delen separate analyser, presentert i tabell 6.2. OLS-modellene viser sammenhenger mellom tid brukt på arbeid og å

bo i lag med en syk partner separat etter kvinne og mann. Referansegruppen innehar de samme egenskapene som i modell 2 og 3 i tabell 6.1 over, kjønn kommer i tillegg.

Jeg tar først for meg resultatene til mennene i utvalget, vist i modell 1 og modell 2 i tabell 6.2, for så å presentere resultatene til kvinnene i utvalget, som utgjør modell 3 og modell 4.

### **6.2.1 Er det en sammenheng mellom partners helse og menns arbeidstid?**

Modell 1 presenterer resultater for menn kontrollert for alle variabler utenom de to arbeidsspesifikke variablene. Konstantleddet viser 43,27, og viser til det gjennomsnittlige timeantallet brukt på arbeid i uken for referansegruppen<sup>29</sup>, som tilsvarer de med verdien null på samtlige uavhengige variabler. Første inntrykk av resultatene er få signifikante estimater i modellen. Blant disse er det interessant å merke seg, at for menn ser verken det å bo med en syk partner, eller å hjelpe vedkommende til å utgjøre et forhold av særlig betydning, ettersom de ikke bidrar til noen signifikante forskjeller i tidebruken. Å ha barn boende i husholdningen viser imidlertid å øke menns gjennomsnittlige timebruk noe (1,17 timer) sammenlignet med menn som ikke har barn i husholdningen. Dette kan antyde kompensering av tid og finansielle behov, og samsvarer med annen forskning (Dommermuth og Kitterød 2009).

Resultatene viser videre et betydelig lavere ukentlig timebruk for menn med egenrapportert dårlig helse (-3,53 timer) sammenlignet med menn med god helse. Den samme negative sammenhengen er å finne blant respondentene rett under pensjonsalder (-2,32 timer), sammenlignet med referansegruppen i alderen 46-55 år. De øvrige variablene i modellen er ikke signifikante. Dette gjelder den yngste og mellomste aldersgruppen, eldre og yngre partner, samt estimatene for utdanningsnivå.

Modell 2 viser resultater for menn inkludert variabler knyttet til arbeidsrelaterte forhold, i tillegg til kontrollvariablene fra modell 1. Dette gjelder sektor og fleksibilitet på arbeidsplass, og kan forklare noe av endringen i konstantleddet fra 43,27 i modell 1 til 42,14 i modell 2 til den nye referansegruppen<sup>30</sup>. Det er verdt å merke seg at å ha en syk partner og å hjelpe syk

---

<sup>29</sup> Referansegruppen i modell 1 utgjør menn som verken har eller hjelper en syk partner, har god helse, har ikke barn boende i husholdningen, er i alderen 46-55 år, har en partner som er opp til 4 år yngre eller eldre enn seg selv og har fullført videregående utdanning.

<sup>30</sup> Referansegruppen inkludert arbeidsspesifikke faktorer i modell 2 utgjør menn som verken har eller hjelper en syk partner, har god helse, har ikke barn i husholdningen, er i alderen 46-55 år, har en partner som er opp til 4 år

partner heller ikke her er signifikant. Kun å ha barn boende i husholdningen ser ut til å virke inn på menns tidsbruk blant variablene knyttet til omsorg, ved å øke det gjennomsnittlige timeantallet (1,11 timer).

Blant de øvrige kontrollvariablene som er de samme som i modell 1, er det få endringer. Egenvurdert dårlig helse gir fremdeles et redusert timeantall (-3,48 timer) sammenlignet med menn med god helse, selv om forskjellene er noe lavere enn i modell 1. Ulikt fra modell 2 er gruppen i alderen 36-45 år signifikant (grensesignifikant ved  $p=0,091$ ), og gir et noe lavere timeantall sammenlignet med referansegruppen på 46-55 år, likt med gruppen rett under pensjonsalder (-2,41 timer). Resultatene gjeldende de arbeidsspesifikke variablene, gir klart signifikante estimer. Menn som arbeider i privat sektor har et høyere gjennomsnittlig timeantall (1,99 timer) sammenlignet med de som arbeider i det offentlige, mens manglende fleksible ordninger på arbeidsplassen gir et lavere timeforbruk (-1,31 timer). Ansatte i privat sektor har i utgangspunktet et høyere gjennomsnitt sammenlignet med de som arbeider i offentlig. Dessuten var det også å forvente at ved manglende muligheter for å tilpasse arbeidsdagene gjennom fleksible ordninger, vil en reduksjon i timeantallet være et potensielt alternativ. De øvrige variablene, gjeldende yngste aldersgruppe, eldre og yngre partner samt utdanningsnivå, er ikke signifikante.

Kontroll for to nye variabler i modell 2 fører kun til små endringer i de allerede eksisterende variablene sammenlignet med modell 1. Samtidig forklarer den nye modellen 3,6 prosent av variasjonen i den ukentlige timebruken på arbeid, som tilsvarer en beskjeden økning fra foregående modell<sup>31</sup>. Forklaringskraften vil naturlig nok øke med et høyere antall variabler det kontrolleres for. Likevel er den forklarte variansen svært lav, noe som tilsier at det må være en rekke andre forklaringsfaktorer gjeldende som jeg ikke klarer å fange opp i min modell. For kort å trekke fram hovedtendensen, ser menn altså ikke ut til å la seg påvirke av å bo med syk partner og potensielle forhold som følger med dette. I hvert fall ikke blant variablene i denne analysen.

---

yngre eller eldre enn seg selv, har fullført videregående utdanning, arbeider i offentlig sektor og har fleksible ordninger på arbeidsplassen.

<sup>31</sup> Modell 1 forklarer 2,6 prosent av variasjonen i den gjennomsnittlige tidsbruken.

## 6.2.2 Er det en sammenheng mellom partners helse og kvinners arbeidstid?

I modell 3 i tabell 6.2 presenteres resultatene for kvinner kontrollert for omsorgsrelaterte forhold, individspesifikke variabler og egenrapportert helse. Likt som i modell 1 for menn over. Konstantleddet viser 36,35, som tilsvarer det gjennomsnittlige totale antallet timer brukt på inntektsgivende arbeid i uken for referansegruppen<sup>32</sup>. Interessant å se i denne modellen, er variablene knyttet til syk partner for kvinner. Det viser seg nemlig at å hjelpe syk partner gir en signifikant negativ sammenheng på det gjennomsnittlige timeantallet (-3,38 timer), sammenlignet med de som ikke hjelper. Å bo med en syk partner viser imidlertid ikke å utgjøre noen forskjell for kvinnene i utvalget. Å ha barn boende i husholdningen gir også et lavere timegjennomsnitt (-1,71 timer). Resultatene indikerer at kvinner i stor grad lar tidsbruken på arbeid påvirkes både av omsorg for barn og omsorg for partner.

Videre viser resultatene at egenrapportert dårlig helse gir et forventet lavere timebruk (-4,61 timer) sammenlignet med de med god helse. De samme er tilfellet for de yngste kvinnene (-1,15 timer) og særlig de rett under pensjonsalder (-3,67 timer) sammenlignet med referansegruppen i alderen 46-55 år. Den gjenstående aldersgruppen på 36-45 år er ikke signifikant, det samme gjelder kvinner med yngre eller eldre partner enn dem selv. Høyere utdanning svarer til et høyere antall gjennomsnittlige timer brukt på arbeid i uken (2,20 timer) enn de som har fullført videregående, mens fullført grunnskole gir forventede færre (-1,31).

Modell 4 inkluderer alle uavhengige variable for kvinnene i utvalget. Konstantleddet på 36,33 timer endrer seg lite for referansegruppen<sup>33</sup> fra foregående modell. Det er verdt å merke seg, at estimatene fremdeles viser at kun i de tilfellene der kvinner rapporterer om å hjelpe syk partner reduseres timeantallet (-3,60 timer), ikke i de tilfellene de oppgir å bo med syk partner. Barn i husholdningen, gir fremdeles et lavere timebruk (-1,65 timer), det samme gjelder ved innrapportering om egenvurdert dårlig helse (-4,55 timer).

Blant de øvrige kontrollvariablene er det ubetydelige endringer å vise til. Både den yngste (-1,22 timer) og den eldste (-3,55 timer) alderskohorten forblir ved relativt stabile negative

---

<sup>32</sup> Referansegruppen i modell 3 utgjør kvinner som verken har eller hjelper en syk partner, har god helse, har ikke barn i husholdningen, er i alderen 46-55 år, har en partner som er opp til 4 år yngre eller eldre enn seg selv og har fullført videregående utdanning.

<sup>33</sup> Den nye referansegruppen i modell 4 inkludert arbeidsspesifikke faktorer, utgjør kvinner som verken har eller hjelper en syk partner, har god helse, har ikke barn i husholdningen, er i alderen 46-55 år, har en partner som er opp til 4 år yngre eller eldre enn seg selv, har fullført videregående utdanning, arbeider i offentlig sektor og har fleksible ordninger på arbeidsplassen.

sammenhenger på timebruken, sammenlignet med kvinner mellom 46 og 55 år. Gruppen i alderen 36-45 år er ikke signifikant. Det samme gjelder for kvinner med både eldre og yngre partner. Høyere utdanning gir fremdeles et økt antall gjennomsnittlige timer i uken (2,54 timer), sammenlignet med gruppen som har fullført videregående utdanning, mens lavere utdanning gir et lavere antall (-1,33 timer). De arbeidsspesifikke faktorene, viser at kvinner ansatt ved privat sektor gir et noe forhøyet timeantall i uken brukt på arbeid (1,51 timer) sammenlignet med de som arbeider i offentlig sektor. Kvinner med fravær av fleksible ordninger på arbeidsplassen viser motsatt et lavere gjennomsnittlig timeantall (-1,67 timer) sammenlignet med referansegruppen som har fleksible ordninger.

Kontroll for de to arbeidsspesifikke variablene i modell 4 fører til få betydelige endringer fra modell 3 for kvinnene i utvalget. Sistnevnte modell forklarer 8,2 prosent av variasjonen i timebruken, og gir slik en noe høyere forklaringskraft enn i modell 3<sup>34</sup> uten de arbeidsspesifikke variablene. Imidlertid kan ikke den forklarte variansen anses som særlig høy hos kvinner heller, likt som hos menn.

Gjennomgående mønstre i de separate analysene for kvinner og menn, er at kvinner i større grad ser ut til å la seg påvirke av omsorg for andre personer i husholdet, særlig partner. Verken av modellene viser signifikante estimater for det å bo med en partner som er syk. Interessant nok viser imidlertid kvinner en betydelig reduksjon i den gjennomsnittlige tiden de bruker på arbeid dersom de rapporterer om å hjelpe sin syke partner. For menn er ikke dette tilfellet. Kvinner later i tillegg å bruke mindre tid på arbeid dersom de har barn boende i husholdningen, mens det motsatte er tilfellet for menn, som samsvarer med tidligere forskning. Blant kontrollvariablene, er det få tendenser som er betydelig ulike fra menn til kvinner utvalget, foruten flere og mer signifikante verdier blant kvinner. Modellene for kvinner viser også en høyere forklaringskraft, som kan tyde på at de valgte variablene i større grad passer for å beskrive variasjoner av sammenhenger knyttet til nettopp kvinner. Imidlertid er den relativt lav for begge kjønn, som kan være en indikasjon på at det mest sannsynlig eksisterer relevante forklaringsfaktorer som jeg har utelatt og/eller ikke har klart å fange opp i disse analysene.

Siden helse i utgangspunktet anses som en grunnleggende påvirkningsfaktor for hvordan man av behov eller av ønske velger å tilpasse seg i arbeidslivet, har jeg gjennomført alle analyser

---

<sup>34</sup> Modell 3 forklarer 6,8 prosent av variasjonen i den gjennomsnittlige tidsbruken.

uten egenvurdert dårlig helse både for kvinner og menn<sup>35</sup>. Ettersom variabelen ikke ga noen nevneverdige utslag på modellene, og siden den gir en noe høyere forklaringskraft, anså jeg det fordelaktig å inkludere egenrapportert helse i alle analysene som er inkludert i tabell 6.2.

Tabell 6.2. Gjennomsnittlige antallet timer brukt på arbeid totalt i uken separat for kvinner og menn.

<i>Tid brukt på arbeid separat for kvinner og menn</i>								
Menn					Kvinner			
	Modell 1		Modell 2		Modell 3		Modell 4	
<i>Omsorg</i>								
Har syk partner	0,550	0,52	0,530	0,52	-0,281	0,50	-0,273	0,50
Hjelper syk partner	-0,954	4,45	-0,882	1,44	-3,375 **	1,27	-3,602 **	1,28
Har barn boende i husholdningen	1,167 *	0,48	1,105 *	0,67	-1,709 ***	0,43	-1,654 ***	0,43
<i>Individuelle kjennetegn</i>								
Egnerapportert dårlig helse	-3,527 ***	0,67	-3,477 ***	0,67	-4,609 ***	0,54	-4,549 ***	0,54
Alder 25-35 år	-0,592	0,50	-0,687	0,50	-1,150 *	0,47	-1,223 *	0,47
Alder 36-45 år	-0,702	0,46	-0,782 ^	0,46	0,029	0,46	-0,186	0,46
Alder 46-55 år	ref.		ref.		ref.		ref.	
Alder 56-66 år	-2,317 ***	0,63	-2,405 ***	0,63	-3,666 ***	0,58	-3,546 ***	0,58
Har jevn gammel partner	ref.		ref.		ref.		ref.	
Har eldre partner	-0,371	0,96	-0,168	0,95	0,266	0,38	0,300	0,38
Har yngre partner	0,213	0,43	0,244	0,43	1,667	1,23	1,711	1,24
<i>Utdanning</i>								
Grunnskole	0,189	0,62	0,139	0,61	-1,355 *	0,55	-1,329 *	0,55
Videregående	ref.		ref.		ref.		ref.	
Høyere utdanning	0,036	0,38	0,387	0,40	2,195 ***	0,37	2,537 ***	0,38
<i>Arbeidsforhold</i>								
Privat sektor	-		1,990 ***	0,40	-		1,510 ***	0,36
Ingen fleksible ordninger	-		-1,314 ***	0,37	-		-1,669 ***	0,34
<i>Konstantledd</i>	43,269 ***	0,54	42,138 ***	0,63	36,347 ***	0,48	36,328 ***	0,53
R <sup>2</sup>	0,026		0,036		0,068		0,082	
N	3701		3701		3572		3527	

\*\*\* p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05, ^ p<0,1

Robuste standardfeil i kursiv

## 6.3 Betydningen av tid brukt på arbeid

Blant de yrkesaktive respondentene er det interessant å merke seg det, at å ha en syk partner i seg selv ikke ser ut til å ha særlig betydning for antallet timer man setter av til arbeid i uken (se tabell 6.3). Først dersom respondenter oppgir å hjelpe sin syke partner indikerer modellene en reduksjon i tidsbruken. Imidlertid er dette kun tilfelle for hele utvalget og for kvinner, ikke for menn. En forståelse av dette kan være at kvinner og menn hjelper partner gjennom ulike oppgaver, en annen kan være at arbeidsdagen i større eller mindre grad er organisert slik at det

<sup>35</sup> Tabellene for sammenhengen mellom yrkestilpasning og det å bo med en syk partner uten egenrapportert dårlig helse separat for både kvinner og menn finnes i vedlegg B.

er enklere for menn å hjelpe uten at det går utover arbeidstimene. Den deskriptive statistikken fra kapittel 6 viser at en høyere andel menn enn kvinner oppgir å arbeide i privat sektor og rapporterer om fleksible ordninger på arbeidsplassen. Selv om både privat sektor og tilgangen til fleksible ordninger på arbeidsplassen gjennomgående gir en økning i tidsbruken sammenlignet med det motsatte, går det likevel gjerne til en viss grad hånd i hånd med tilbøyeligheten til å kombinere arbeid med omsorg. Ettersom flere menn er representert i denne gruppen, kan dette bidra til å øke deres tilbøyelighet til å hjelpe syk partner koordinert med jobb, i større grad enn hva kvinner har mulighet til. Å ha barn i husholdningen gir videre en reduksjon i tidsbruken til kvinner og en tilsvarende økning i tidsbruken til menn, som jeg allerede tidligere har vært inn på at allerede samsvarer med tidligere forskning.

Det kan selvfølgelig ikke utelukkes at de manglende signifikante verdiene i modellene skyldes tilfeldige variasjoner. I sammenheng med syk partner, er det imidlertid heller ikke utenkelig at vedkommende ikke nødvendigvis trenger å skape en byrde for respondenten så lenge hjelpebehovet ikke er for bredt. For ytterligere å undersøke om sammenhengen mellom og prioriteringene knyttet til tid bruk på lønnsarbeid og å ha syk partner kan grunnes i bakenforliggende faktorer, gjennomfører jeg tre samspillsledd<sup>36</sup> jeg anser som relevant. Dette inkluderer 1) samspill blant gruppen uten fleksible ordninger på arbeidsplassen som hjelper syk partner. For nærmere å analysere byrdeomfanget ser jeg også på samspill blant 2) de som både har barn i husholdningen og oppgir å hjelpe syk partner. I tilfeller der respondenter rapporterer om dårlig helse, faller ikke overraskende den ukentlige tiden disponert til lønnsarbeid drastisk. For øvrig bidrar helse til såpass marginale forskjeller i modellene, at jeg som beskrevet valgte å inkludere den som en ordinær kontrollvariabel. For likevel å undersøke om det framkommer noen øvrige sammenhenger, laget jeg også et samspillsledd for 3) gruppen som rapporterer om dårlig egen helse og som samtidig hjelper syk partner. Ingen av samspillsleddene gir imidlertid noen signifikant variasjon i modellene. Det kan på en side tolkes til rett og slett ikke å ha noen betydning, på en annen side kan det være tilfellet at antallet respondenter er for få som gjør analysene for homogene.

Når det gjelder øvrige kontrollvariabler viser den eldste aldersgruppen gjennomgående å ha det laveste gjennomsnittlige tidsbruket. Mest sannsynlig kommer dette av naturlige årsaker, som blant andre helse og tilpasset arbeidstid til forberedelse av avgang før pensjon. Aldersgruppen på 45-55 år har høyest timeantall i alle analyser. Ettersom det vil være å

---

<sup>36</sup> Tabellene med samspillsledd finnes i vedlegg C.



forvente at studier og etablering i mindre grad vil spille inn i denne alderen, skaper heller ikke dette grunnlag for undring. Slik som i analyse 1, har jeg også her testet om alder kan ha en kurvelineær sammenheng med endringer i tidsbruken på arbeid, og inkluderte en kontinuerlig aldersvariabel og alder kvadrert i tilsvarende modell<sup>37</sup>. Selv om begge aldersvariablene gir signifikante verdier, har jeg også her valgt å bruke dummyer da disse gir et bedre bilde av eventuelle sammenhenger i utvalget, og for å skape en større kontinuitet fra analyse 1 til analyse 2. Modellene ga videre ingen indikasjoner på at den relative alderen til partner kunne spille inn på disponeringen av tidsbruken. Avslutningsvis viser modellene gjennomgående forventede mønstre innen utdanning, der høyere fullført utdannelse svarer til flere arbeidstimer i uken.

Tabell 6.3. Oversikt over sammenhenger i analyse 2.

<i>Sammenhenger i analyse 2</i>							
	Hele utvalget			Menn		Kvinner	
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
<i>Omsorg</i>							
Har syk partner	/	/	/	/	/	/	/
Hjelper syk partner	÷	÷	÷	/	/	÷	÷
Har barn boende i husholdningen	/	/	/	+	+	÷	÷
<i>Individuelle kjennetegn</i>							
Kvinne							
Egenrapportert dårlig helse		÷	÷	÷	÷	÷	÷
Alder 25-35 år	÷	÷	÷	/	/	÷	÷
Alder 36-45 år	/	/	÷	/	÷	/	/
Alder 46-55 år	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Alder 56-66 år	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷
Har jevn gammel partner	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Har eldre partner	/	/	/	/	/	/	/
Har yngre partner	/	/	/	/	/	/	/
<i>Utdanning</i>							
Grunnskole	÷	/	/	/	/	÷	÷
Videregående	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Høyere utdanning	+	+	+	/	/	+	+
<i>Arbeidsforhold</i>							
Privat sektor			+		+		+
Ingen fleksible ordninger			÷		÷		÷
R <sup>2</sup>	0,153	0,167	0,177	0,026	0,036	0,068	0,082

(+) Viser en økning i det gjennomsnittlige timeantallet  
 (÷) Viser en reduksjon i det gjennomsnittlige timeantallet

( ) Indikerer variabler som ikke er inkludert i modellen  
 (/) Indikerer variabler som ikke er signifikante i modellen

<sup>37</sup> Modeller med alder kvadrert finnes i vedlegg A.

## 7 Diskusjon og konklusjon

I dette kapittelet diskuterer jeg mine funn i lys av det teoretiske rammeverket og tidligere forskning. Målet med denne oppgaven har vært å undersøke sammenhengen mellom omsorg for syk partner og tilknytningen til arbeidsmarkedet. Å ha omsorg for noen assosieres gjerne med en økning av det allerede eksisterende rolleomfanget personer innehar. Kombinasjonen av flere roller, særlig motstridende roller, kan i følge rolleteori oppleves som en byrde. Dette kan igjen skape en følelse av ikke å strekke til. Med dette som utgangspunkt, forventet jeg gjennom mine to forskningsspørsmål å finne en signifikant negativ sammenheng mellom omsorg for en syk partner og 1) yrkesdeltakelse og 2) tiden brukt på inntektsgivende arbeid blant yrkesaktive.

Omsorg har tradisjonelt blitt assosiert med kvinner, og forskning viser at kvinner fremdeles i større grad er tilbøyelige for å gjøre kutt i yrkesaktiviteten sammenlignet med menn (Herlofson og Ugreninov 2014). Det ser også ut til å foreligge en større forventning om at kvinnen skal bidra med omsorg, noe som legger grunnlag for et økt press på kombinasjonen av omsorg og arbeid. Jeg forventet derfor ytterligere i begge analyser å finne en signifikant kjønnsforskjell i sammenhengen mellom omsorg for syk partner og henholdsvis yrkesdeltakelse og tid brukt på jobb.

Dette kapittelet er tredelt. I del 9.1 presenterer jeg en kort gjennomgang av mine to analyser der jeg setter resultatene opp mot egne forventninger. I og med at funnene i begge analyser kan diskuteres i lys av lignende teoretiske bidrag, ser jeg det hensiktsmessig å samle disse i del 9.2-4, før jeg avslutter med konklusjon, resultatenes rekkevidde og videre forskning i del 9.5-6.

### 7.1 Omsorg for partner og yrkesaktivitet

Resultatene indikerer at personer som definerer sin partner som syk har lavere sannsynlighet for å være i inntektsgivende arbeid. Imidlertid er resultatene lite robuste ved inkludering av egenvurdert dårlig helse, som kan tyde på at egen helse korrelerer med sannsynligheten for å være i arbeid når en bor med syk partner. Antakelsen om at det å ha en syk partner påvirker ens egen yrkesdeltakelse blir dermed svekket. Avgang fra yrkesaktivitet kan forstås som et

stort steg å ta, selv om man kanskje føler et sterkt ønske eller behov i tilfeller der man bor sammen med en partner man definerer som syk. Andre yrkestilpasninger som ikke inkluderer en full avgang kan muligens framstå som enklere valg å bestemme seg for å gjennomføre.

Andre forskningsspørsmål tok utgangspunkt i en negativ sammenheng mellom arbeidstid og omsorg for partner. En reduksjon i antallet timer brukt på inntektsgivende arbeid i uken kan potensielt bidra til en levedyktig opprettholdelse av kombinasjonen av omsorg og arbeid. Funnene fra regresjonsanalysen indikerer imidlertid ikke noen signifikant sammenheng mellom antallet timer som settes av til arbeid og det å bo med en partner man definerer som syk. Årsaken til de manglende signifikante forskjellene, kan trekkes i retning av at egen helse har en stor betydning for tiden man bruker på arbeid, og at helse potensielt kan fremstå som mer avgjørende for yrkesaktiviteten, særlig for hvorvidt man er i jobb eller ikke.

Knyttet til de to overnevnte forskningsspørsmålene, forventet jeg at personer som oppgir å hjelpe syk partner har 1) lavere sannsynlighet for yrkesdeltakelse og 2) bruker et lavere gjennomsnittlig antall timer i uken på lønnet arbeid. Resultatene styrker begge tilfeller, og de observerte forskjellene holdes konstant selv når det kontrolleres for egenvurdert dårlig helse. Resultatene tyder dermed på at kombinasjonen av omsorg for partner og yrkesaktivitet i større grad framtrer som belastende. Kun å bo med en syk partner framtrer å ha mindre betydning på yrkesaktiviteten, i hvert fall slik det måles i denne oppgaven.

Ettersom dårlig helse ofte assosieres med lavere tilknytning til arbeidsmarkedet, antok jeg at personer med allerede redusert helse har en signifikant negativ sammenheng med både yrkesdeltakelse og arbeidstid. Særlig seleksjon av personer med dårlig helse inn i lavere yrkesaktivitet er noe jeg også har gjort forsøk på å kompensere for gjennomgående, siden det er en foreliggende tendens at omsorgsgivere oftere rapporterer om dårligere helse enn ikke-omsorgsgivere. Dette ble tydelig styrket i analysene, hvilket indikerer at personer som vurderer sin egen helse som dårlig både har lavere sannsynlighet for å være aktiv på arbeidsmarkedet og arbeider færre timer. Dette framstår nok ikke som overraskende, men er likeså vel en viktig indikator på andre forhold knyttet til yrkesdeltakelsen.

Tilgang på fleksible ordninger på arbeidsplassen kan ha betydning for tilbøyeligheten til å kombinere omsorg og yrkesaktivitet. Jeg forventet derfor at personer med manglende fleksible ordninger på arbeidsplassen har en signifikant negativ sammenheng med tiden brukt på arbeid. I tilfeller der arbeidstakeren har mulighet til å påvirke sin arbeidshverdag på en slik

måte som i større grad tilfredsstiller sitt eget og sin syke partners behov, om det så kun er snakk om forskyvning av en time eller to av og til, er det grunn til å anta at situasjonen i mindre grad vil gå ut over det inntektsgivende arbeidet. Antakelsen ble tydelig styrket. Videre forventet jeg at barn boende i husholdningen skulle bidra til en lavere tilknytning til arbeidsmarkedet, ettersom det å ha barn kan bidra til et ekstra omsorgsansvar i tillegg til syk partner. Analysene ga signifikante positive sammenhenger for sannsynligheten for å være i jobb, men ikke med tiden brukt på arbeid. I de separate analysene etter kjønn viste barn å ha en mer tradisjonell sammenheng med yrkesaktiviteten, noe jeg kommer tilbake til senere.

Som jeg viste i kapittel 2, er kjønn et viktig tema i foreliggende omsorgsforskning. På sett og vis har omsorg lenge vært framtrædende enkjønnet, med kvinnen som hovedomsorgsutøver. Et mål med denne undersøkelsen har vært å inkludere begge kjønn. Tidligere kunnskap tatt i betraktning, hadde jeg likevel en forventning om å finne ulike tilpasninger hos kvinner og menn. Jeg forventet å finne at kvinner med omsorgsansvar har lavere sannsynlighet for yrkesdeltakelse enn kvinner uten, og det samme for menn. Jeg forventet også at det potensielle byrdeomfanget ville være mer utslagsgivende blant kvinners yrkestilpasning enn hva som er tilfelle blant menn. Som siste steg i analysene, gjennomførte jeg derfor separate kjønnsanalyser. I tilfeller der kvinner og menn oppgir å bo med syk partner, er det heller ikke i disse analysene noen sammenhenger å finne, slik som i de øvrige resultatene i undersøkelsen. Først ved mål på høy byrde svekkes sannsynligheten for yrkesdeltakelse, men kun blant menn. Dette bidrar ikke til å styrke min antakelse om at byrdeomfanget blant kvinner er større i disse sammenhengene. Resultatene knyttet til arbeidstid bekreftet imidlertid antakelsen.

Fra den beskrivende statistikken, framkom det allerede at kvinner i utgangspunktet bruker betydelig færre timer i uken på inntektsgivende arbeid sammenlignet med menn. Dette gjenspeiler imidlertid fordelingen blant yrkesaktive generelt, og utpeker seg derfor ikke som et unikt mønster, og ikke som særegent knyttet til omsorg for partner heller. En forskjell som derfor utgjør et viktig funn i oppgaven, er at kvinner som rapporterer om å hjelpe sin syke partner jobber signifikant færre timer i uken sammenlignet med kvinner som ikke hjelper syk partner. Blant menn er ikke dette tilfelle, å hjelpe syk partner viser ingen signifikant forskjell i arbeidstid. De observerte variasjonene holder seg konstante hos begge kjønn selv når det kontrolleres for egenvurdert dårlig helse. Kvinner framstår dermed som mer tilbøyelige til å nedprioritere yrkeslivet i tilfeller der de bidrar med omsorg for partner enn hva menn er.

Antakelsen om at kvinner i større grad enn menn jobber mindre ved høy omsorgsbyrde er dermed styrket.

## 7.2 Omsorgsforpliktelser og arbeid

Omsorg for en syk partner er ikke en isolert hendelse. Det omfatter gjerne en lengre prosess som ikke nødvendigvis vil kunne være over med det første, en prosess som kan bidra til utfordringer i hverdagen som ellers ikke hadde funnet sted. Kompleksiteten i selve fenomenet, gjør det desto mer utfordrende å vurdere hvilke konsekvenser helseforløpet potensielt har for omsorgsgiveren i forholdet. Både rolleteori og termen omsorgsbyrde betegner omsorg som en ekstra oppgave i hverdagen som kan bidra til økt belastning og skape negative konsekvenser på ulike områder. Ettersom det vanlige i Norge er å være yrkesaktiv, vil gjerne nettopp arbeid i kombinasjon med omsorg anses som en primær mekanisme for generering av byrdeomfanget. Dette inngår i antakelsen om at flere ansvarsområder i hverdagen forsterker det totale byrdeomfanget. Utmattelse, stress, depresjon eller emosjonelle utfordringer er eksempler på helsebesvær som også kan være et resultat av belastende omsorgsansvar og tilhørende tidspress. Dette er forhold som er lite compatible med høy yrkesaktivitet, der kombinasjonen kan oppleves som utfordrende knyttet til ytelsesevne, konsentrasjon, motivasjon eller sosiale faktorer på arbeid. Mest sannsynlig vil det å ta vare på en annen kunne knyttes til en viss varighet, som slik muligens vil øke behovet for endring i situasjonen. Gitt at omsorgsarbeidet i seg selv ikke kan reduseres, vil det for noen være lettere å redusere yrkesaktiviteten i stedet.

Disse antakelsene stemmer godt overens med prinsippene for rolleteori. Teoriene om rolleoverbelastning og rollekonflikt antar at kombinasjonen av flere roller kan framtre som en byrde fordi det stilles for mange krav der individet føler at det ikke strekker til (Goode 1960; Sieber 1974). I følge disse perspektivene vil man kunne anta at i tilfeller der personer har høyere arbeidsmengde og et høyere antall roller man skal kombinere kan det bidra til å øke stresset jevnt over. Lavere arbeidsmengde vil på sin side begrense belastningen. Fordi personer som bidrar med hjelp til syk partner tilsynelatende har mange roller å forholde seg til og ulike forventninger å fylle, vil det være grunn til anta at det oppstår en rollebelastning som bidrar til utfordringer med å oppfylle alle rolleforpliktelsene. Dette gir grunnlag for å anse hypotesen om rollebelastning som delvis styrket. I og med at jeg kun har data fra ett måletidspunkt, har jeg ingen mulighet for å sjekke hvordan yrkes- og omsorgssituasjonen har

vært på tidligere tidspunkt. Dermed mister jeg muligheten til å si noe om den kausale sammenhengen mellom arbeid og omsorg for partner og videre utgangspunktet for den potensielle arbeidsmengden. Ikke desto mindre framtrer rollebelastning som en god forklaring på at byrdeomfanget som oppstår i en slik situasjon bidrar gjennom økning av arbeidsmengden til utslag i en redusert tilstand som leder til lavere tilknytning til arbeid.

Å tolke lavere deltakelse i yrkeslivet som et resultat av omsorg for partner som i sin helhet har bidratt til for høy arbeidsmengde, sammenfaller med annen relevant forskning. At omsorg forutsetter en signifikant forpliktelse av tid og energi som fører med seg betydelige endringer i roller og eksisterende relasjoner, er i sammenheng med omsorgsansvar for partner tidligere blitt styrket. Det samme gjelder opplevelsen av situasjonen som en byrde for omsorgsutøvende partner (Hansen og Salgs vold 2013a; Idstad m. fl. 2010). For øvrig er forskningsbidragene mangelfulle på omsorg for partner spesifikt. Nærliggende studier på omsorgsansvar knyttet til eldre foreldre bidrar imidlertid også med resultater som styrker indikasjonene på at kombinasjonen av omsorg og yrkesaktivitet kan oppleves som utfordrende, og at det raskt nettopp er yrkesaktiviteten som potensielt kan bøte for dette, særlig ved mål på høy omsorgsbyrde (Gautun og Hagen 2010; Herlofson 2013b).

Årsaken til at jeg først finner en robust negativ sammenheng av å kombinere omsorg for partner med yrkesdeltakelse i tilfeller der jeg måler høy byrde, og i mindre grad i tilfeller der jeg kun ser på sammenhengen med å bo med syk partner, kan i utgangspunktet være et resultat av flere forhold. For det første kan det hende at det å bo med en syk partner egentlig ikke framgår som en særlig byrde. Partneren med helsereduksjon behøver ikke å være syk på en slik måte som hindrer grunnleggende funksjonalitet eller psykisk tilstand. Personer i parforhold har gjerne mulighet til sammen å bli enige om bestemte typer omorganiseringer i hverdagen, som kan bidra med å tilrettelegge for syk partner i større grad dersom det skulle være nødvendig. Det kan også være tilfellet at den syke partneren benytter seg av trygdeordninger og andre tilbud, noe jeg ikke undersøker, som kan bidra til å lette den potensielle økonomiske og tidsmessige byrden i forholdet.

For det andre, kan det å gi omsorg til partner resultere i positive utfall som mestringsfølelse, økt nærhet og meningsfull opplevelse av situasjonen, selv om dette er lite empirisk belyst. Til tross for at mange studier viser at å være omsorgsgiver for nær familie gir negative konsekvenser, er en generell kritikk det manglende fokuset på positive sider ved en slik relasjon som kanskje kan bidra til å opprettholde kombinasjonen av omsorg og arbeid (Ohaeri

2003:458; Hansen og Slagsvold 2013; Sieber 1975; Greenhouse og Powell 2006). Sannsynligvis vil samtidig det å redusere eller å trekke seg helt ut av yrkesaktivitet oppleves som et stort skritt å ta for enkelte, og vil nok ikke oppleves som like naturlig verken i alle tilfeller eller i alle faser av livet. Gautun og Hagen (2010) finner i sin studie at personer med omsorgsansvar generelt ser ut til å skjerme arbeidet så langt det lar seg gjøre, og det er kun et fåtall som faktisk rapporterer om å forlate eller redusere yrkesdeltakelsen med omsorg som hovedgrunn.

At mine resultater generelt viser en tendens til at omsorg for partner først later til å påvirke yrkesdeltakelsen negativt i tilfeller der omsorgsansvaret er større, er i tråd med nærliggende studier innen omsorgsforskning (Gautun og Hagen 2010; Herlofson 2013b). Jeg har tidligere vært inne på at egen helse i utgangpunktet viser seg å være utslagsgivende for utfall knyttet til arbeidslivet, i tillegg til at det generelt er en klar tendens til at omsorgsgivere oftere rapporterer om dårlig helse sammenlignet med personer som ikke er omsorgsgivere (Ugreninov 2012). Jeg gjennomførte som nevnt alle analyser med og uten dårlig helse i et forsøk på å kompensere for dette, og selv uavhengig av helsevariabelen framviser resultatene at omsorg for partner har en negativ sammenheng med yrkesaktiviteten. Kotsadam (2012) benytter en rekke ulike instrumentvariable for å håndtere lignende seleksjonsmekanismer knyttet til omsorg og yrkesaktivitet. Han finner i sine studier på lik linje først en negativ – og da en kausal – effekt på yrkesaktivitet blant de som gir omsorg til eldre i tilfeller ved høy omsorgsbyrde. Også i forskning på sykefravær framgår samme mønster, og indikerer høyere sannsynlighet for sykefravær nettopp ved høyere omsorgsbyrde (Fevang m. fl. 2012). I tillegg vil forhold som helse og alder være relevant for å redusere yrkesaktiviteten.

Alt i alt viser analysene så langt en tendens til at høy omsorgsbyrde har en sammenheng med lavere yrkesdeltakelse. Omsorg blir imidlertid ofte knyttet til kvinnen som omsorgsgiver. Når en person i et parforhold blir syk, står for så vidt ikke den andre overfor et særlig valg mellom seg selv og en annen i fordelingen av omsorgsansvaret, verken som kvinne eller som mann. Likevel finner jeg forskjeller mellom adferden til kvinner og menn i mer eller mindre samme situasjon. Jeg vil belyse kjønnsulikhetene nærmere i følgende delkapittel.

## 7.3 Kjønnssroller og omsorgsbelastning

I den norske familie- og likestillingsdebatten, har fokuset til stadighet ligget på likedelingen av ansvarsområder i familien blant kvinner og menn. Det har dessuten vist seg at menn i større grad har kommet på banen ikke bare i tilknytning til husholdsoppgaver, men i sammenheng med omsorgsansvar også. Arbeidsfordelingen mellom lønnet og ulønnet arbeid har blitt redusert i nyere tid (Kitterød og Kjeldstad 2004; Kitterød 2012), og man skulle tro at likestillingsprosjektet i kjernefamilien skulle komme godt med relatert til omsorg for partner også. Mine resultater indikerer likevel snarere en situasjon der kvinner med omfattende omsorgsansvar for partner oftere jobber mindre enn kvinner uten en slik ekstra byrde, og at det blant menn ikke er noen lignende mønstre å spore, knyttet til arbeidstid. Menn ser ut til å ha større tilbøyelighet til ikke å være i arbeid dersom de hjelper sin syke partner. Det er imidlertid grunn til å tro at denne gruppen er sterkt korrelert med alder, ettersom om lag  $\frac{2}{3}$  av disse mennene befinner seg i aldersgruppen rett under pensjonsalder. Mest sannsynlig bærer resultatene preg av en seleksjon av eldre menn ut av arbeidslivet med yngre partner. Syse med fler (2014) finner at par generelt later til å foretrekke å koordinere avgangen, særlig i slutfasen av arbeidslivet. Variablene knyttet til å bo med syk partner gir lite robuste resultater tilknyttet sannsynligheten for å være i arbeid. Gitt at omsorg for partner i utgangspunktet i liten grad kan anses som valgfritt, er det interessant å se manifesteringen av disse kjønnsulikhetene.

En forklaring, kan grunnes i at omsorg og hjemlige oppgaver fremdeles i stor grad tilskrives kvinner i befolkningen. På tross av et noe jevnere tidsbruk (Vaage 2012), er det fortsatt kvinnen som har hovedansvaret for det ulønnede arbeidet i hjemmet, særlig det som kan knyttes til omsorgsarbeid for familiemedlemmer (Daatland og Veenstra 2012). I og med at kvinner i utgangspunktet later til frivillig eller ufrivillig å engasjere seg i et større omfang av uformelt arbeid, vil det ikke være utelukkende at rolleteori også vil vise seg å være gjeldene i denne sammenheng (Goode 1960; Sieber 1974). Fordi kvinner potensielt har flere roller å forholde seg til med tilhørende forpliktelser, kan det oppstå en rollebelastning i tilfeller der omsorg for partner blir aktuelt i tillegg til andre oppgaver i en allerede hektisk hverdag. Rolleteori kan gi en forståelse på hvorfor man lar seg påvirke negativt av høyere omsorgsbyrde. Imidlertid gir den ikke en utfyllende forklaring på den ulike adferden til kvinner og menn. At også andre mekanismer, særlig knyttet til kjønnssroller generelt, også spiller forsterkende inn, vil ikke være å utelukke.



Foreliggende kunnskapsstatus på forskjeller i omsorgsadferden til kvinner og menn overfor eldre foreldre, har framlagt rimelige antakelser som peker i retning av en forsterking av den tradisjonelle orienteringen, selv om samfunnet generelt later til å sikte seg inn mot en mer moderne og likestilt kurs. Kvinner har fra tidligere av fått tildelt rollen som den ansvarlige for hjemmet, mens mannen har blitt betraktet som innehaveren av forsørgeransvaret og bindeleddet til arbeidslivet (Parsons og Bales 1955). Disse etter hvert dels tilskrevne rollene har nok bidratt med sitt i forståelsen av kvinners omsorgsansvar som i større grad tatt for gitt og sosialt forventet. Mannen fraskrives ikke omsorgsansvaret, men det faller mer naturlig at kvinner yter omsorgen (West og Zimmerman 1982; Finch 1989), noe som virker framtrædende i flere studier på feltet. Kvinner og døtre er i større grad involvert i omsorg enn menn, og særlig i tilfeller der omsorgsbehovet er økende og mer omfattende, funn som er i tråd med tendenser i denne oppgaven. Forventningen om og presset på å bidra framstår også som en større utfordring blant kvinner (Herlofson 2013b; Finch 1989). Hvordan en person identifiserer seg selv opp mot kjønnsroller, kan grunnes i oppfattelsen av seg selv basert på internalisering av forventet adferd (Stryker 1968). Ettersom jeg finner at kvinner med et større omsorgsansvar for partner oftere jobber mindre enn kvinner uten – et tilfelle som ikke framkommer like sterkt blant menn – kan dette forstås ved at kvinner føler et sterkere press og en større sosial forventning om å ta mer ansvar.

Herlofson og Ugreninov (2014) finner i sin studie at det å hjelpe foreldre kan knyttes til lavere innsats på andre områder i hverdagen, og det på en måte som bekrefter de tradisjonelle kjønnsrollene. For menn er det arbeidet i hjemmet, mens for kvinner er det arbeidet ute som har betydning for omsorgsinnsatsen. Artikkelforfatterne finner at deltidsarbeidende kvinner i større grad stiller opp enn kvinner som jobber fulltid, blant menn varierer engasjementet med fordelingen av arbeidsoppgaver i hjemmet. I parforhold der det opereres med en mer tradisjonell fordeling bidrar menn med mer omsorg enn i mer likedelte forhold. Herlofson (2013b) finner støtte for samme mønster i sin studie på omsorg for foreldre, i tillegg til at kjønnsforskjellene later til å øke med økende omsorgsbehov. Tross i at jeg ikke har inkludert ansvarsfordeling knyttet til andre hjemlige oppgaver utenom omsorg for partner og barn, kan tendensene likeså fremt forstås som nærliggende. Mest sannsynlig dreier dette seg om gjensidig forsterkende mekanismer, som kan være en forklaring på hvorfor jeg ikke finner noen kjønnsforskjeller blant personer som kun bor med syk partner.

Involvering av oppgaver knyttet til omsorg for barn finner jeg at ikke har en sammenheng med omsorg av bredere omfang for partner, imidlertid indikerer resultatene tilfeller av at menn både har høyere sannsynlighet for yrkesdeltakelse og for å arbeide flere timer i uken dersom de har barn boende i husholdningen. Blant kvinner finner jeg kun en sammenheng knyttet til arbeidstid, hvor en reduksjon er resultatet. At fedre arbeider mer enn menn uten barn i hjemmet, særlig når barnet er i skolealder samsvarer med annen forskning (Dommermuth og Kitterød 2009), og kan i denne sammenhengen på den ene siden forstås som en videreføring av den tradisjonelle fordelingen. Opprettholdelsen av mannens inntekt kan på en annen side også vise seg å være en utslagsgivende mekanisme relevant for denne sammenhengen.

Kjønnsroller som heller mot den tradisjonelle orienteringen ser tilsynelatende ut til hovedsakelig å gjøre seg gjeldende i sammenheng med arbeidstid, ettersom resultatene knyttet til sannsynligheten for å være i arbeid ved omsorg for partner er mindre robuste, og viser en negativ sammenheng blant menn ved mål på høy omsorgsintensitet. Grunnet valg av analysemetode har jeg ikke noe tilfredsstillende mål på eller sammenligningsgrunnlag for å undersøke forskjellene mer nærgående, ettersom jeg kun får oppgitt relative sannsynligheter. Det er likeså vel et interessant resultat ettersom det vil være å anta at å tre ut av arbeidslivet vil framstå som et større steg å ta, mens arbeidstid er noe som muligens enklere kan tilpasses, og vil være et gunstigere valg å ta, særlig for menn.

### **7.3.1 Arbeidsforhold og omsorgsbelastning**

En faktor av betydning i forståelsen av hvorfor kvinner i større grad lar seg påvirke av omsorgsansvar enn menn, er hvor tilrettelagt muligheten til å hjelpe er på arbeidsplassen. Det kan være tilfelle at arbeidsdagen i større eller mindre grad er organisert på en slik måte som gjør det enklere eller vanskeligere å kombinere den med omsorg for partner, og som plausibelt virker inn på opplevelsen av omsorgsbyrden. Resultatene viser at personer med færre fleksible ordninger på arbeidsplassen gjennomgående bruker færre timer på arbeid i uken. Ettersom et høyere nivå av fleksible ordninger imidlertid leder til flere timer på jobb, vil det ikke være utenkelig at graden av fleksibilitet på arbeid også vil ha en konsekvens for kombinasjonen med omsorg. Ved bedre å kunne tilpasse de ulike rollene man innehar er forventningen om et lavere byrdeomfang større, i tråd med teorien om rollebelastning (Goode 1960).

Kombinasjonen av omsorg og arbeid framstår gjennomgående som mer kompatibelt i tilfeller der arbeidsforholdene tilbyr større fleksibilitet, i følge tidligere studier på omsorg for eldre foreldre (Philips 2004; Mooney og Statham 2002). Det kommer også klart fram at fleksibilitet er noe omsorgsgivende arbeidstakere klart foretrekker, og at villigheten til og ønsket om å redusere og endre arbeidstiden deretter er tydelig (Gautun og Hagen 2010).

Når dette er sagt, viser også det generelle mønsteret i mine data at menn oftere har en mer fleksibel jobb. Selv om økt fleksibilitet på arbeidsplassen gir en økning i arbeidstiden sammenlignet med det motsatte, vil det likevel være nærliggende å anta at det til en viss grad går hånd i hånd med tilbøyeligheten til å kombinere arbeid med omsorg. Tilgangen på fleksible ordninger kan forstås å øke menns tilbøyelighet til å hjelpe syk partner og samtidig å koordinere med jobb i større grad enn hva kvinner har mulighet til. Det er i tillegg også kjent at kvinner i større grad enn menn befinner seg i yrker som byr på færre fleksible ordninger. Ytterligere befinner menn seg oftere i yrker i privat sektor enn kvinner, som kan virke begrensende på tilbøyeligheten til en potensiell reduksjon.

## **7.4 Konklusjon**

Funnene i denne oppgaven belyser kompleksiteten i et mindre belyst omsorgsforhold par imellom. Jeg finner at omsorg for partner har en negativ sammenheng med tiden brukt på arbeid og med sannsynligheten for yrkesdeltakelse generelt. Disse sammenhengene knyttet til tid er særlig framtrædende blant kvinner, som allerede i utgangpunktet arbeider mindre enn menn. Denne oppgaven bidrar dermed også til å belyse kompleksiteten ved kombinasjonen av arbeid og omsorg både for kvinner og for menn, og skiller seg slik fra studier som kun undersøker kvinnen som omsorgsgiver. I et utvidet perspektiv bidrar denne studien derfor ikke bare til å rette fokuset mot et vel så viktig, men underbelyst tema innen omsorgsforskning. Studien retter seg også mot kjønnsforskjeller innen omsorg og arbeid.

Det tyder på at å hjelpe syk partner kan knyttes til lavere deltagelse i arbeidslivet, og det på en måte som forsterker tradisjonelle kjønnsroller i familien. Antakelsen om at også det å bo med en syk partner kan oppleves som en byrde stor nok til å kunne slå negativt ut på yrkesaktiviteten ble ikke styrket. Ved et mål på høyt omsorgsansvar er imidlertid sannsynligheten høyere ikke bare for manglende yrkesdeltakelse generelt, men også for å gjøre kutt i tiden brukt på arbeid, selv kontrollert for egenvurdert dårlig helse.

Funnene i denne studien kan knyttes til andre studier gjort på omsorg for nær familie. Imidlertid bidrar resultatene av mine analyser til å heve fram et mindre belyst område, som nettopp grunnet likheter til annen lignende omsorg fortjener et større spillerom i feltet. Resultatene bidrar til å belyse at også omsorg for partner i kombinasjon med yrkesaktivitet er relevant ikke bare for diskusjonen om omsorgsbyrder generelt, men også for diskusjonen om fremdeles eksisterende kjønnsforskjeller innen omsorg, og at det er et behov for mer inngående forskning på dette. Særlig mer spesifikke indikasjoner som kan dras nytte av for fremtidig utforming av omsorgspolitik i tilknytning til partneromsorg og arbeidsmarkedet. Resultatene kan varsle om hvilke konsekvenser en videreføring og forsterking av en slik utvikling kan medføre, selv om det ikke nødvendigvis gjelder for et stort antall personer i dag.

## **7.5 Begrensninger og videre forskning**

En gjennomgående utfordring i denne undersøkelsen har vært den relativt lave andelen som bor med syk partner, men kanskje først og fremst gruppen som oppgir å bidra med hjelp. En gruppe trenger ikke nødvendigvis å være stor for at det skal være verdt å studere den. Dersom den er for liten, kan det imidlertid være vanskelig å påvise statistisk signifikante sammenhenger, som analysene i denne undersøkelsen nok bærer preg av. Like framt er informasjonen jeg får tilgang til om personers omsorg til partner unik knyttet til mulighetene datasettet fra LOGG tilbyr. Kombinasjonen av både registerdata og ordinære spørsmål gjør at jeg ikke begrenses av ulemper som følger med bruken av kun registerdata. Og nettopp hvorvidt personer hjelper partner har vist seg å bidra til et av hovedfunnene i denne oppgaven. Subjektive mål bærer imidlertid også med seg ulempen med over- og underrapportering. Særlig i parforhold vil det være grunn til mistanke om underrapportering av omsorg som gis til partner, ettersom en relativ andel av hjelpen som utøves mest sannsynlig kan løses gjennom omorganisering av hvem som gjør hvilke oppgaver i hjemmet. Ved å ta utgangspunkt i mer konkrete omsorgsoppgaver kan det hende forklaringskraften vil øke, ettersom variablene i mindre grad ville være basert på subjektive tolkninger av hva omsorg innebærer.

I og med at jeg kun har data fra ett måletidspunkt, har jeg videre ingen mulighet for å sjekke hvordan yrkesdeltakelsen eller omsorgsansvaret til personene jeg undersøker har vært på tidligere tidspunkt, og kanskje særlig før helsereduksjonen til partner fant sted. Dermed kan jeg ikke si noe om den kausale sammenhengen mellom omsorg for partner og yrkesdeltakelse,

ei heller kjønnsforskjellene. Er det slik at personer som gir omfattende omsorg til partner opplever det som en såpass stor byrde at de gjør kutt i yrkeslivet? Og har kvinner i utgangspunktet fylt opp hverdagen med nok ansvarsoppgaver eller føler et såpass stort sosialt press at kombinasjonen oppleves som en større byrde, og derfor er mer tilbøyelige til å redusere yrkesaktiviteten enn menn? Eller går årsakspilen snarere andre veien – personer som oppgir å hjelpe syk partner arbeider kanskje i utgangspunktet mindre enn andre, kanskje er det en selektert gruppe med allerede redusert helse som arbeider mindre, eller som velger partnere i lignende situasjon. Det kan være mulig at menn rett og slett takler en omsorgssituasjon bedre enn kvinner, grunnet mindre press eller bedre koordinering?

Kausale slutninger er ikke i utgangspunktet et absolutt mål i samfunnsvitenskapelig forskning, selv om det gjerne i større grad anses slik. For å nærme seg et svar på om yrkesdeltakelse kausalt påvirkes av omsorg for partner, bør en ha tilgang til datamateriale over tid som gir muligheten til å se endringer i disse variablene. Bruk av longitudinelle data med flere måletidspunkt vil nok være fruktbart og kan framstille mer konkrete funn, i tillegg til ny og bedre innsikt. Tilgjengelig data fra NorLAG paneletutvalget kan benyttes til dette, men da uten det brede aldersspennet denne studien inkluderer, og et betydelig lavere utvalg. Det er også et mål i seg selv på veien mot kausale sammenhenger å utelukke manglende inkludering av forhold som kan tenkes at kan virke inn på det som undersøkes. Jeg har inkludert en rekke relevante kontrollvariable, men sammenhengen mellom omsorg for partner og yrkesaktivitet et komplekst fenomen, og det vil være vanskelig å inkludere alle kjennetegn, om mulig i det hele tatt. Det er videre liten tvil om at også seleksjonsmekanismer er virksomme, særlig knyttet til alder og helse.

Beslutninger som tas i relasjon til omsorgsansvar og yrkesaktivitet er sammensatte prosesser som kan ha en rekke årsaker. Jeg har sett på et utvalg av disse, og funnene reiser en rekke spørsmål for videre forskning, også tilknyttet kjønnsroller. For å få en bedre forståelse av hvordan sammenhengen mellom omsorg for partner og yrkesdeltakelse opererer, er det et behov for flere studier på feltet. Særlig mer inngående informasjon om yrkesaktivitet, arbeidsmiljø og omsorgsoppgaver – egnet for begge kjønn – kan fortelle mer om hvordan omsorgsansvar kan virke inn på yrkesdeltakelse. Med fordel kan fremtidige studier inkludere mer velferdsstatsteori ettersom nivået av omsorgstilbud gjerne preger utfallet av den uformelle omsorgen i familien, i tillegg til kjønnsbalansen generelt. Innen omsorgsforskning har sammenhengen mellom velferdsstat og familien generelt vært tendert oversett. Også

kunnskap fra andre felter som adferdspsykologi og økonomi kan være av relevans. Operasjonaliseringen av det å gi omsorg på den ene siden, og de direkte utfallene på den andre siden er videre forhold som er utfordrende å sette konkrete mål på. Tid er en ofte brukt faktor. Jeg ser imidlertid fordelene av også å inkludere mer kvalitative metoder i form av intervjuer i et forsøk på å nærme seg mer utfyllende mål ikke bare på hva som måles, men også på omfanget. Omsorg for partner er ingen enkeltstående hendelse. Sammenhengen kan trolig bedre forstås som dynamiske prosesser snarere enn isolerte hendelser, og dypere innsikt i relasjonen anses som etterstrebbar.

# Litteraturliste

- Acock, A. C. (2012). *A gentle introduction to stata*. 3. utgave. Texas: Stata Press
- Anttonen, A. og J. Sipilä (1996) *European social care services: Is it possible to identify models?* Journal of European social policy 6 (2), 87-100
- Arbeidsmiljøloven (2015) *Omsorg for og pleie av nærstående*, §12-10. URL: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL\\_12#§12-10](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_12#§12-10)
- Ask, H. (2013). *Married and cohabiting couples: Spousal similarity and spousal caregiving. Findings from the Nord-Trøndelag Health Study*. Ph.D-avhandling. Oslo: Universitetet i Oslo
- Baronet, A. M. (1999) *Factors associated with caregiver burden in mental illness: A critical review of the research literature*. Clinical Psychology Review 19 (7), 819-841
- Bettio, F. og J. Plantenga (2004) *Comparing care regimes in Europe*. Feminist Economics 10 (1), 85-113
- Biegel, D. E., Sales, E. og R. Schulz (1991). *Family caregiving in chronic illness: Alzheimer's disease, cancer, heart disease, mental illness, and stroke*. London: Sage Publications.
- Bjørshol, E., Høstmark, M. og B. O. Lagerstrøm (2010) *Livsløp, generasjon og kjønn. Logg 2007*. Dokumentasjonsrapport, SSB
- Brandt, M., Haberkern, K. og M. Szydlik (2009) *Intergenerational help and care in Europe*. European Sociological Review 25 (5), 585-601
- Brandth, B. og E. Kvande (2003). *Fleksible fedre. Maskulinitet, arbeid, velferdsstat*. Universitetsforlaget
- Brody, E. M. (1981) *Women in the middle and family help to older people*. The Gerontologist 21 (5), 471-480
- Burström, B. og P. Fredlund (2001) *Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as higher social classes?* Journal of Epidemiol Community Health 55 (11), 836-840
- Campbell, L. D. og A. Martin-Matthews (2003) *The gendered nature of men's filial care*. Journal of Gerontology 58 (6), 350-358
- Carmichael, F. og S. Charles (1998) *The labour market cost of community care*. Journal of Health Economics 17 (6), 747-765
- Chodorow, N. J. (1987). *The reproduction of mothering*. Berkeley: University of California

Press

- Daatland, S. O. og K. Herlofson (2004). *Familie, velferdsstat og aldring. Familiesolidaritet i et europeisk perspektiv*. NOVA rapport 2004 (7)
- Daatland, S. O. og M. Veenstra (2012) *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. S. O. Daatland og M. Veenstra (red.). NOVA rapport 2012 (2), 137-146
- Daatland, S. O., Veenstra, M. og I. A. Lima (2010) *Norwegian sandwiches: On the prevalence and consequences of family and work role squeezes over the life course*. European Journal of Ageing 7, 271-278
- Dommermuth, L. og R. H. Kitterød (2009) *Fathers' employment in a father-friendly welfare state: does fatherhood affect men's working hours?* Community, Work & Family 12 (4), 417-436
- Dwyer, J. W., Henretta, J. C., Coward, R. T. og A. J. Barton (1992) *Changes in the helping behaviors of adult children as caregivers*. Research on Aging 14 (3), 351-375
- Ellingsæter, A. L. (2005) *"Tidsklemme" – metafor for vår tid*. Tidsskrift for Samfunnsforskning 46 (3), 297-326
- Ellingsæter, A. L. og A. Leira (2006). *Politicising parenthood in Scandinavia. Gender relations in welfare states*. A. L. Ellingsæter og A. Leira (red.). Bristol: The Policy press
- Ellingsæter, A. L. og A. Leira (2004). *Velferdsstaten og familien. Utfordringer og dilemmaer*. A. L. Ellingsæter og A. Leira (red.). 1. Utg. 1. Opplag. Gyldendal Akademisk Forlag, 67-99
- Elstad, J. I., Dahl, E. og D. Hofoss (2006) *Associations between relative income and mortality in Norway: a register-based study*. European Journal of Public Health 16 (6), 640-644
- Esping-Andersen, G. (1999). *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford University Press
- Esping-Andersen, G. (1990). *The world of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press
- Evensen, M. (2006) *Lønnsforskjeller og omsorgsansvar for kvinner*. Søkelys på arbeidsmarkedet 2006 (2), 201-211
- Fevang, E., Kverndokk, S. og K. Røed (2012) *Labour supply in the terminal stages of lone parents' lives*. Journal of Population Economics 25, 1399-1422
- Finch, J. (1989). *Family obligations and social change*. Cambridge: Polity Press
- Finch, J. og J. Mason (1993). *Negotiating family responsibilities*. Routledge: London
- Folketrygdloven (2015) *Pleiepenger for pleie av en nærstående*, §9-12. URL:



[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL\\_5-5-3#§9-12](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL_5-5-3#§9-12)

- Gautun, H. (2009) *Hvordan gjøre det lettere å kombinere jobb og omsorg for gamle foreldre?* Tidsskrift for psykisk helsearbeid 6 (2), 110-119
- Gautun, H. (2008a) *Arbeidstakere og omsorg for gamle foreldre – den nye tidsklemma*. Fafo-rapport, 2008 (49)
- Gautun, H. (2008b) *Hvordan kombinerer eldre arbeidstakere jobb med omsorgsforpliktelser for gamle foreldre?* Søkelys på arbeidslivet 25 (2), 171-185
- Gautun, H. og K. Hagen (2010) *How do middle-aged employees combine work with caring for elderly parents?* Community, work & family 13 (4), 393-409
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Goode, W. J. (1960) *A theory of role strain*. American Sociological Review 25 (4), 438-496
- Greenhouse, J. H. og G. N. Powell (2006) *When work and family are allies: A theory of work-family enrichment*. Academy of Management Review 31 (1), 72-92
- Hansen, T. og B. Slagsvold (2013) *The psychological effects of providing personal care to a partner: a multidimensional perspective*. Health Psychology Research 1 (25), 126-134
- Hansen, T. og Slagsvold, B. (2012). *Likestilling i hjemmet*. NOVA rapport 2012 (8)
- Hardoy, I. og P. Schøne (2004) *I klemme mellom barneomsorg og karriere. En analyse av karriereutvikling for småbarnsmødre*. Institutt for samfunnsforskning. Rapport 2004 (17)
- Heitmueller, A. (2007) *The chicken or the egg? Endogeneity in labour market participation of informal carers in England*. Journal of Health & Economics 26 (3), 536-559
- Helde, I. og O. Thune (2012) *Flere yrkesaktive pleier pårørende i livets slutfase*. Arbeid og velferd 2012 (2), 78-86
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2015) *Omsorgslønn*, §3-6. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Henz, U. (2004) *The effects of informal care on paid-work participation in Great Britain: A lifecourse perspective*. Ageing and Society 24 (6), 851-880
- Herlofson, K. (2013a). *Generasjonsbånd. Kvinners og menns familierelasjoner i aldrende samfunn*. Ph.D-avhandling. Oslo: Universitetet i Oslo
- Herlofson, K. (2013b) *Hjelp til foreldre fra voksne barn – kjønnsroller på glid eller i stillstand?* Tidsskrift for samfunnsforskning
- Herlofson, K. og E. Ugreninov (2014) *Er omsorgsfulle fedre omsorgsfulle sønner? Likestilling hjemme og hjelp til eldre foreldre*. Tidsskrift for samfunnsforskning

- Horowitz, A. (1985) *Sons and daughters as caregivers to older parents: Differences in role performance and consequences*. The Gerontologist 25 (6), 612-617
- Hovedtariffavtalen (2015) *Velferdspermisjoner*, §22. URL: [https://lovdata.no/dokument/SPH/sph-2015/KAPITTEL\\_7-3-22?q=velferdspermisjon%20-%20KAPITTEL\\_7-3-22#KAPITTEL\\_7-3-22](https://lovdata.no/dokument/SPH/sph-2015/KAPITTEL_7-3-22?q=velferdspermisjon%20-%20KAPITTEL_7-3-22#KAPITTEL_7-3-22)
- Hutchens, R. M. og E. Dentinger (2005) *Moving toward retirement*. It's about time: Couples and careers. P. Moen (red). 259-274, Ithaca: ILR Press
- Huisman, M., Van Lenthe, F. og J. P. Mackenbach (2007) *The predictive ability of self-assessed health for mortality in different educational groups*. International Journal of Epidemiology 36 (6), 1207-1213
- Håland, I. og M. G. Wold (2011). *Forholdet mellom yrkesaktivitet og omsorgsforpliktelser*. SSB Rapport 2011 (48)
- Idstad, M., Ask, H. og K. Tambs (2010) *Mental disorder and caregiver burden in spouses: the Nord-Trøndelag health study*. BMC Public Health 10 (516)
- Jakobsson, N., Hansen, T. og A. Kotsadam (2012) *Er det en sammenheng mellom formell og uformell omsorg i Norge?* Tidsskrift for velferdsforskning 15 (3), 168-175
- Jenson, J. og S. Jacobzone (2000) *Labour market and social policy occasional papers*. 41, OECD Working Papers, Paris: OECD
- Johansen M., Karterud S., Pedersen G., Gude T. og E. Falkum. (2004) *An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct*. Acta Psychiatrica Scandinavica 109, 289-298
- Karantzas, G. C. (2012) *Family Caregiving. Perspectives of adult children and older parents*. The Wiley-Blackwell handbook of couples and family relationships. P. Noller og G. C. Karantzas (red.). 82-96, Blackwell Publishing
- Keck, W., Hessel, P. og Saraceno, C. (2009) *Database on intergenerational policy indicators: Methodological report*. Berlin: Social Science Center Berlin (WZB), Multilinks Project
- Kelley, H. H., Berscheid, E., Christensen, A., Harvey, J. H., Huston, T. L., Levinger, G., McClintock, E., Peplau, L. A. og D. R. Peterson (1983). *Close relationships*. New York: WH Freeman
- Kitterød, R. H. (2012) *Foreldrenes tidsbruk. Fedre deltar mer i husarbeid og omsorg*. Samfunnsspeilet (4), 56-64
- Kitterød, R. H. og R. Kjeldstad (2004) *Foreldres arbeidstid 1991-2001 belyst ved SSBs arbeidskraftundersøkelser, tidsbruksundersøkelser og levkårsundersøkelser*. SSB Rapport 2004 (6)

- Kitterød, R. H. og M. Rønsen (2012) *Non-traditional dual earners in Norway: when does she work at least as much as he?* Work, employment and society 26 (4), 657-675
- Kjelvik, J. (2011) Kommunale driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester. *Mindre del av utgiftene går til eldre*. Samfunnsspeilet 2011 (2), 23-29
- Knijn, T. og M. Kremer (1997) *Gender and the caring dimension of welfare states: Toward inclusive citizenship*. Social Politics, Oxford University Press
- Kotsadam, A. (2012) *The employment costs of caregiving in Norway*. International Journal of Health care, Finance and Economics 12, 269-283
- Kotsadam, A. og N. Jakobsson (2012) *Uformell eldreomsorg – et hinder for kvinner på arbeidsmarkedet?* Søkelys på arbeidslivet 29 (1-2), 97-110
- Künemund, H. og M. Rein (1999) *There is more to receiving than needing: Theoretical arguments and empirical explorations of crowding in and crowding out*. Ageing and Society 19, 93-121
- Laditka, J. N. og S. B. Laditka (2001) *Adult children helping older parents. Variations in likelihood and hours by gender, race, and family role*. Research on aging 23 (4), 429-456
- Langsether, Å. og A. Lømo (1997) *Bedre tid? Gifte kvinners tidsbruk. Endringer 1970-1990*. NOVA rapport 1997 (10)
- Leira, A. (2012) *Omsorgens institusjoner, omsorgens kjønn*. Velferdsstatens familier. Nye sosiologiske perspektiver. A. L. Ellingsæter og K. Widerberg (red.). 1. Utgave, 1. Opplag, 76-98. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag
- Leira, Arnlaug (2004) "Omsorgsstaten og familien" red. Ellingsæter og Leira i *Velferdsstaten og familien. Utfordringer og dilemmaer*. 1. utg. 1. opplag, s. 67-99. Gyldendal Akademisk Forlag.
- Leira, A. (2002). *Working parents and the welfare state. Family change and policy reform in Scandinavia*. Cambridge University Press
- Litwak, E (1985). *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: Guildford
- Lingsom, S. (1997). *The substitution issue. Care policies and their consequences for family care*. NOVA rapport 1997 (6)
- Lyngstad, T. H. (2011) *Der var det slutt. Et eksempel på forløpsanalyse*. Metodene våre. Eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning. D. Album, M. N. Hansen og K. Widerberg (red.). 2. Opplag. 105-120. Universitetsforlaget
- Marks, S. R. (1977) *Multiple roles and role strain: Some notes on human energy, time and*

- commitment*. American Sociological Review 42 (6), 921-936
- Matthews, R. A. og G. G. Fisher (2013) *Family, work and the retirement process: A review and new directions*. The Oxford handbook of retirement. M. Wang (red.). 354-370. Oxford University Press
- McLaughlin, E. og Glendinning, C. (1994) *Paying for care in Europe: Is there a feminist approach?* Family policy and the welfare of women. L. Hantrais og S. Mangen (red.). 52-69, Loughborough University of Technology: European Research Centre
- Mood, C. (2010) *Logistic regression: Why we cannot do that we think we can do, and what we can do about it*. European Sociological Review 26 (1), 67-82
- Mooney, A. og J. Statham (2002). *The pivot generation. Informal care and work after fifty*. Bristol: The Policy Press
- Morgan, D. H. J. (2004). *Men in families and households*. I J. Scott, J. Treas og M. Richards (red.). The Blackwell companion to the sociology of families. 374-393, Malden: Blackwell
- Nafstad, H. E. (2007). *Det omsorgsfulle mennesket. Et psykologisk alternativ*. H. E. Nafstad (red.) 1. utgave, 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag
- NAV (2014) *Alderspensjon*. Hentet 29. mai 2014, fra NAV ULR: <https://www.nav.no/Pensjon/Alderspensjon/Uttak>
- NESH (2006): *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. ULR: <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- Noack, T. (2001) *Cohabitations in Norway: An accepted and gradually more regulated way of living*. International Journal of Law, Policy and the Family 15, 102-117
- Noack, T. og T. H. Lyngstad (2010) *Samlivsrevolusjonen. Velferdsstatens familier. Nye sosiologiske perspektiver*. Gyldendal akademisk
- NOU (2011) *Når sant skal sies om pårørendeomsorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert*. Helse- og omsorgsdepartementet 2011 (17)
- NOVA (2012) *Forskningsinstrumentene i NorLAG*. NOVA rapport
- Ohaeri, J. U. (2003) *The burden of caregiving in families with a mental illness: a review of 2002*. Current Opinion in Psychiatry 16, 457-465
- Parsons, T. og R. F. Bales (1955). *Family, socialization and interaction process*. Illinois: The Free Press
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T, Semple, S. J. og M. M. Skaff (1990) *Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures*. The Gerontologist, 30 (5), 583-594

- Philips, J. (2004) *The employment consequences of caring for older people*. Health & Social Care 2, 143-152
- Philips, J (1994) *The employment consequences of caring for older people*. Health and Social Care 2 (3), 143-152
- Philips, J., Bernard, M. og M. Chittenden (2002). *Juggling work and care. The experiences of working carers of older adults*. Bristol: The Polity Press
- Ringdal, K. (2009). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 2. utg.. Bergen: Fagbokforlaget
- Rossi, A. S., og P. H. Rossi (1990). *Of human bonding: Parent-child relations across the life course*. New York: Aldine de Gruyter
- Saraceno, C. og W. Keck (2011) *Towards and integrated approach for the analysis of gender equity in policies supporting paid work and care responsibilities*. Demographic Research 25 (11), 371-406
- Schene, A. H. (1990) *Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an integrative framework for research*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 25, 289-297
- Schmid, T., Brant, M. og K. Harberkern (2012) *Gendered support to older parents: Do welfare states matter?* European Journal of Ageing 9, 39-50
- Schulz, R. og P. R. Sherwood (2008) *Physical and mental health effects of family caregiving*. American Journal of Nursing 108 (9), 23-27
- Siebert, S. D. (1974) *Toward a theory of role accumulation*. American Sociological Review 39 (4), 567-578
- Silverstein, M., Parrott, T. M. og V. L. Bengtson (1995) *Factors that predispose middle-aged sons and daughters to provide social support to older parents*. Journal of Marriage and Family 57 (2), 465-475
- Skog, O. J. (2010). *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. 2. utgave, 5. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Spiess, K. og U. Schneider (2003) *Interactions between care-giving and paid work hours among European Social Policy* 14, 107-123
- SSB (2015a) *Arbeidskraftundersøkelsen, 2. kvartal 2015*. Hentet 14. april 2015, fra SSB. URL: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/aku/kvartal/2015-07-29?fane=tabell&sort=nummer&tabell=234875#tab-tabell>
- SSB (2015b) *Arbeidskraftundersøkelsen, 4. kvartal 2014*. Hentet 14. april 2015, fra SSB. URL: <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/aku/kvartal/2015-0128?fane=tabell&sort=nummer&tabell=215892>

- SSB (2015c) *Arbeidskraftundersøkelsen, 4. kvartal 2014*. Hentet 14. april 2015, fra SSB. URL: <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/aku/kvartal/2015-0128?fane=tabell&sort=nummer&tabell=215899>
- SSB (2015d) *Arbeidskraftundersøkelsen, 4. kvartal 2014*. Hentet 14. april 2015, fra SSB. URL: <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/aku/kvartal/2015-01-28?fane=tabell&sort=nummer&tabell=215901>
- SSB (2011) *Samboere, 2011*. Hentet 21. mai 2015, fra SSB. URL: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/samboer>
- St.meld. nr 25 (2005-2006) *Mestring muligheter og mening – framtidas omsorgsutfordringer*.
- Stryker, S. (1968) *Identity salience and role performance: The relevance of symbolic interaction theory for family research*. Journal of Marriage and the Family 33, 558-564
- Syse, A., Solem, P. E., Ugreninov, E., Mykletun, R. og T. Furunes (2014) *Do spouses coordinate their work exits? A combined survey and register analysis from Norway*. Research on Aging 1-26
- Szinovacz, M. E. og A. Davey (2013) *Changes in adult children's participation in parent care*. Ageing and Society 33 (4), 667-697
- Tufte, P. A. (2000) *En intuitiv innføring i logistisk regresjon*. Prosjektnotat. Statens institutt for forbruksforskning, arbeidsnotat 2002 (8)
- Ugreninov, E. (2013) *Pårørende i klemme mellom arbeid og foreldreomsorg – har de høyere sykefravær?* NOVA rapport 2013 (15), 167-176
- Ugreninov, E. (2012). *Kvinner mellom arbeid og omsorgsforpliktelse – fokus på lønnsutvikling og sykefravær*. Ph.D-avhandling. Oslo: Universitetet i Oslo
- Vaage, O. F. (2012). *Tidene skifter. Tidsbruk 1971-2010*. Statistiske analyser. Oslo: SSB
- Walker, A. J., Pratt, C. C. og L. Eddy (1995) *Informal caregiving to aging family members: A critical review*. Family relations 44 (4), 402-411
- Wenger, G. C. (1997) *Review of findings on support networks of older Europeans*. Journal of Cross-Cultural Gerontology 12, 1-21
- West, C. og D. H. Zimmerman (1987) *Doing gender*. Gender & Society 1 (2), 125-151
- Wærness, K. (1982). *Kvinneperspektiver på sosialpolitikken*. Oslo: Universitetsforlaget
- Aarseth, H. (2011). *Moderne familieliv. Den likestilte familiens motivasjonsformer*. Cappelen Damm Akademisk

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.

Antall ord: 34 819

# Vedlegg

## Vedlegg A.

Tabellen under viser resultatene for underutvalg 1 og 2 fra analyse 1 og 2, der jeg tester ut om alder kan ha en kurvelineær sammenheng med sannsynligheten for å være i arbeid. Jeg har inkludert en kontinuerlig aldersvariabel og alder kvadrert i tilsvarende modell som brukes i analysene i undersøkelsen. Selv om aldersvariablene er signifikante, velger jeg å bruke aldersdummyer da jeg anser en oppdeling av alder i grupper gir et bedre bilde av eventuelle sammenhenger i utvalget.

<i>Kurvelinearitet</i>				
	<i>Analyse 1: Yrkesdeltakelse</i>		<i>Analyse 2: Arbeidstid</i>	
	Underutvalg 1		Underutvalg 2	
	Logit		Timer	
<i>Omsorg</i>				
Har syk partner	0,300 **	0,09	-0,012	0,36
Hjelper syk partner	0,501 *	0,19	-2,226 *	1,01
Har barn boende i husholdningen	-0,079	0,09	-0,712 *	0,33
<i>Individuelle kjennetegn</i>				
Kvinne	0,688 ***	0,08	-8,629 ***	0,27
Alder	-0,415 ***	0,03	0,950 ***	0,12
Alder kvadrert	0,005 ***	0,00	-0,085 ***	0,00
Har jevn gammel partner	ref.		ref.	
Har eldre partner	0,126	0,10	-0,085	0,36
Har yngre partner	0,393 ***	0,11	0,459	0,41
<i>Utdanning</i>				
Grunnskole	0,685 ***	0,09	-0,799 ^	0,42
Videregående	ref.		ref.	
Høyere utdanning	-0,744 ***	0,09	1,402 ***	0,26
<i>Konstantledd</i>	5,113 ***	0,59	24,659 ***	2,53
-2LL	5399,5554			
R <sup>2</sup>			0,156	
N	8465		7273	

\*\*\* p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05, ^ p<0,1

Robuste standardfeil i kursiv



## Vedlegg B

I analyse 2 undersøker jeg om det er muligheter for at det å hjelpe syk partner kan samvarierte med 1) egenrapportert dårlig helse, 2) fleksible ordninger på arbeidsplassen og 3) barn i husholdningen, vist i tabellen under. Verken av samspillsleddene er signifikante, og jeg kan dermed ikke påvise at disse variablene sammen virker på resultatene for antallet timer brukt på arbeid i uken og omsorg for egen partner.

*Tid brukt på arbeid separat for kvinner og menn uten helse*

		Menn				Kvinner			
		Modell 1		Modell 2		Modell 3		Modell 4	
Omsorg									
Har syk partner	0,379	0,52	0,362	0,52	-0,449	0,51	-0,439	0,51	
Hjelper syk partner	-1,129	1,48	-1,055	1,44	-3,421 **	1,28	-3,653 **	1,29	
Har barn boende i husholdningen	1,289 **	0,48	1,223 *	0,67	-1,524 ***	0,44	-1,471 **	0,43	
Individuelle kjennetegn									
Alder 25-35 år	-0,403	0,51	-0,501	0,50	-0,946 *	0,47	-1,019 *	0,47	
Alder 36-45 år	-0,571	0,47	-0,653	0,46	0,123	0,46	-0,098	0,46	
Alder 46-55 år	ref.		ref.		ref.		ref.		
Alder 56-66 år	-2,561 ***	0,63	-2,648 ***	0,63	-3,898 ***	0,60	-3,772 ***	0,60	
Har jevn gammel partner	ref.		ref.		ref.		ref.		
Har eldre partner	-0,334	0,97	-0,128	0,95	0,161	0,38	0,197	0,38	
Har yngre partner	0,182	0,43	0,214	0,43	1,340	1,23	1,390	1,24	
Utdanning									
Grunnskole	0,006	0,62	-0,041	0,61	-1,305 *	0,57	-1,574 **	0,56	
Videregående	ref.		ref.		ref.		ref.		
Høyere utdanning	0,310	0,37	0,658 ^	0,40	2,537 ***	0,37	2,877 ***	0,38	
Arbeidsforhold									
Privat sektor	-		2,008 ***	0,40	-		1,525 ***	0,37	
Ingen fleksible ordninger	-		-1,353 ***	0,37	-		-1,724 ***	0,34	
Konstantledd									
	42,655 ***	0,55	41,532 ***	0,63	35,430 ***	0,47	35,443 ***	0,53	
R <sup>2</sup>	0,015		0,025		0,043		0,058		
N	3701		3701		3572		3527		

\*\*\* p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05, ^ p<0,1

Robuste standardfeil i kursiv

## Vedlegg C

I analyse 2 undersøker jeg om det er muligheter for at det å hjelpe syk partner kan samvarierte med 1) egenrapportert dårlig helse, 2) fleksible ordninger på arbeidsplassen og 3) barn i husholdningen, vist i tabellen under. Verken av samspillsleddene er signifikante, og jeg kan dermed ikke påvise at disse variablene sammen virker på resultatene for antallet timer brukt på arbeid i uken og omsorg for egen partner.

Samspillsledd for hele underutvalg 2						
	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	Egenrapportert dårlig helse		Fleksible ordninger på arbeidsplassen		Barn i husholdningen	
Omsorg						
Har syk partner	0,138	0,36	0,145	0,36	0,138	0,36
Hjelper syk partner	-1,262	1,02	-2,360 ^	1,27	-1,262	1,00
Har barn boende i husholdningen	-0,218	0,32	-0,216	0,32	-0,218	0,32
Samspillsledd						
Hjelper syk partner X Dårlig helse	-3,929	2,77	-	-	-	-
Hjelper syk partner X Fleksibilitet	-	-	0,882	1,86	-	-
Hjelper syk partner X Barn	-	-	-	-	-3,929	2,77
Individuelle kjennetegn						
Kvinne	-7,731 ***	0,28	-7,726 ***	0,27	-7,731 ***	0,28
Egnerapportert dårlig helse	-3,862 ***	0,43	-4,000 ***	0,43	-3,862 ***	0,43
Alder 25-35 år	-1,002 **	0,35	-1,007 **	0,35	-1,002 **	0,35
Alder 36-45 år	-0,581 ^	0,33	-0,581 ^	0,33	-0,581 ^	0,33
Alder 46-55 år	ref.		ref.		ref.	
Alder 56-66 år	-3,018 ***	0,43	-3,025 ***	0,43	-3,018 ***	0,43
Har jevn gammel partner	ref.		ref.		ref.	
Har eldre partner	0,077	0,35	0,079	0,35	0,077	0,35
Har yngre partner	0,515	0,40	0,519	0,40	0,515	0,40
Utdanning						
Grunnskole	-0,653	0,41	-0,667	0,42	-0,653	0,41
Videregående	ref.		ref.		ref.	
Høyere utdanning	1,438 ***	0,28	1,432 ***	0,28	1,438 ***	0,28
Arbeidsforhold						
Privat sektor	1,739 ***	0,27	1,737 ***	0,27	1,739 ***	0,27
Ingen fleksible ordninger	-1,469 ***	0,25	-1,487 ***	0,25	-1,469 ***	0,25
Konstantledd	43,201 ***	0,45	43,229 ***	0,45	43,201 ***	0,45
R <sup>2</sup>	0,178		0,177		0,178	
N	7273		7273		7273	

\*\*\* p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05, ^ p<0,1

Robuste standardfeil i kursiv